

UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI – UNIVATES
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

NOVA SEDE CAPS INFANTO JUVENIL CRESCER LAJEADO

Tainara Kaufmann

Lajeado, dezembro de 2019.

Tainara Kaufmann

NOVA SEDE CAPS INFANTO JUVENIL CRESCER LAJEADO

Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – Etapa I, na linha de formação específica em Arquitetura e Urbanismo, da Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, como parte da exigência para obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Dra. Jamile Maria da Silva Weizenmann

Lajeado, dezembro de 2019.

"para que os bebês se convertam, finalmente, em adultos saudáveis, em indivíduos independentes, mas socialmente preocupados, dependem totalmente de que lhes seja dado um bom princípio, o qual está assegurado, na natureza, pela existência de um vínculo entre a mãe e o seu bebê: amor é o nome desse vínculo."

Donald Woods Winnicott

RESUMO

Este projeto de pesquisa propõe a implementação de um novo espaço físico para o CAPS Infante Juvenil Crescer na cidade de Lajeado/RS, considerando o recurso terapêutico da “Ambientoterapia” como forma de ampliação do cuidado humanizado. O atendimento é voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes e usuários de álcool e outras drogas. As atividades desenvolvidas pelo serviço buscam a humanização do cuidado e integralidade da atenção em saúde potencializada pela modalidade de tratamento da ambientoterapia, em que o ambiente funciona como fator terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento e socialização do indivíduo. Para isso, os estudos de casos permitem que nos aproximemos da realidade vivenciada nestas instituições e através de um olhar sensível sobre o tema, juntamente com as análises da área de intervenção proposta e legislação, desenvolver um programa que alcance as necessidades e expectativas impostas pelos usuários.

Palavras-chave: CAPS. Saúde mental infante juvenil. Ambientoterapia. Transtornos mentais. Arquitetura.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os 7 círculos.....	13
Figura 2 - Fluxograma de atendimento CAPSi - Lajeado	26
Figura 3 - Mapas do Brasil, Rio Grande do Sul, Vale do Taquari, Lajeado e Bairro Centro	31
Figura 4 - Mapa da análise da cidade.....	32
Figura 5 - Mapa da análise do bairro	33
Figura 6 - Diagrama de alturas do entorno imediato.....	34
Figura 7 - Diagrama de usos do entorno imediato	35
Figura 8 - Diagrama de estrutura viária e ruídos do entorno imediato	36
Figura 9 - Implantação ampliada do terreno (Escala 1/1500)	37
Figura 10 - Implantação reduzida do terreno (Escala 1/500)	38
Figura 11 - Corte AA (Escala 1/500).....	38
Figura 12 - Corte BB (Escala 1/500).....	39
Figura 13 - Diagrama da orientação solar e ventos predominantes do entorno imediato	39
Figura 14 - Área de intervenção, foto 1.....	40
Figura 15 - Área de intervenção, foto 2.....	40
Figura 16 - Área de intervenção, foto 3.....	41
Figura 17 - Área de intervenção, foto 4.....	41
Figura 18 - Área de intervenção, foto 5.....	42
Figura 19 - Dimensões referenciais para deslocamento de pessoa em pé	57
Figura 20 - Cadeira de rodas manual, motorizada e esportiva	58
Figura 21 - Dimensões do módulo de referência (M.R.)	58
Figura 22 - Largura para deslocamento em linha reta	59
Figura 23 - Área para manobra de cadeira de rodas sem deslocamento ...	60
Figura 24 - Área para manobra de cadeiras de rodas com deslocamento (a, b, c, d, e, f).....	60
Figura 25 - Área reservada para cadeira de rodas em área de resgate – Exemplos	62
Figura 26 - Dimensionamento de rampas.....	63
Figura 27 - Patamares das rampas – Vista superior.....	64
Figura 28 - Corrimãos em escada e rampa	65
Figura 29 - Corrimão central	66
Figura 30 - Espaço para transposição de portas	66
Figura 31 - Deslocamento frontal.....	67
Figura 32 - Deslocamento lateral.....	67
Figura 33 - Áreas de transferência e manobra para uso da bacia sanitária	68
Figura 34 - Medidas mínimas de um sanitário acessível	69
Figura 35 - Imagem aérea do Orfanato.....	77
Figura 36 - Planta baixa e zoneamento	78
Figura 37 - Espaços externos	79

Figura 38 - Imagem externa do orfanado.....	79
Figura 39 - Cobertura com aberturas zenitais.....	80
Figura 40 - Imagem aérea da escola	80
Figura 41 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 1	82
Figura 42 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 2	83
Figura 43 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 3	84
Figura 44 - Imagem interna da sala de aula	85
Figura 45 - Uma das fachadas do Grupo Escolar Pasteur.....	85
Figura 46 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento	87
Figura 47 - Corte e Fachada.....	88
Figura 48 - Imagens externas da escadaria e de um dos pátios	89
Figura 49 - Imagens internas da circulação e refeitório	90
Figura 50 - Fachada principal da escola	90
Figura 51 - Diagramas	91
Figura 52 - Planta baixa do térreo e segundo pavimento, zoneamento.....	92
Figura 53 - Imagem interna da circulação.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Programa de necessidades	44
Tabela 2 - Índices urbanísticos do plano diretor	45
Tabela 3 - Índice de aproveitamento	47
Tabela 4 - Taxa de ocupação	47
Tabela 5 - Altura das edificações.....	48
Tabela 6 - Recuos de Jardim.....	49
Tabela 7 - Classificação das atividades por ocupação/uso	55
Tabela 8 - Padrões para dimensionamento de circulações, cálculo da população/capacidade da unidade de passagem.....	56
Tabela 9 - Padrões para dimensionamento do reservatório de consumo...	56
Tabela 10 - Padrões para dimensionamento do reservatório de hidrantes	56
Tabela 11 - Dimensionamento de rampas	64
Tabela 12 - Classificação das edificações quanto à sua ocupação	70
Tabela 13 - Classificação das edificações quanto à altura	70
Tabela 14 - Classificação das edificações quanto às suas dimensões em planta	71
Tabela 15 - Classificação das edificações quanto às suas características construtivas.....	71
Tabela 16 - Dados para o dimensionamento das saídas.....	72
Tabela 17 - Distâncias máximas a serem percorridas	72
Tabela 18 - Número de saídas e tipos de escadas.....	72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. APRESENTAÇÃO DO TEMA	12
2.1 A saúde mental da criança e do adolescente.....	12
2.2 Sofrimento psíquico infanto-juvenil: particularidades	15
2.2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	15
2.2.2 Espectro da Esquizofrenia	17
2.2.3 Transtornos Depressivos	18
2.2.4 Transtornos de Ansiedade	19
2.2.5 Transtornos da Conduta.....	20
2.3 Integralidade no cuidado em saúde: ampliando o olhar sobre a criança e o adolescente	22
2.3.1 CAPS	22
2.4 A Ambientoterapia.....	27
2.4.1 Estudos de caso.....	28
2.4.1.1 Estudo	29
2.4.1.2 Estudo 2	30
3LOCAL DE INTERVENÇÃO	31
3.1 Análise da cidade.....	31
3.2 Análise do bairro	32
3.3 Justificativa da escolha do terreno	33
3.4 Análise do entorno	34
3.5 Levantamento fotográfico.....	40
4 PROGRAMA DE NECESSIDADES	43
4.1 Apresentação do programa.....	43
4.2 Justificativa do programa	45
4.3 Condicionantes Legais	45
4.3.1 Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de Lajeado – Lei nº 7.650/2006	45
5 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS	77
5.1 Orfanato Amsterdã.....	77
5.1.1 Dados do projeto.....	77
5.1.2 Estrutura formal.....	78
5.1.3 Elementos da fachada.....	79
5.1.4 Iluminação natural.....	80
5.2 Escola Munkegaard.....	80
5.2.1 Dados do projeto.....	81
5.2.2 Estrutura Formal	81
5.2.3 Iluminação natural.....	84
5.3 Grupo Escolar Pasteur	85
5.3.1 Estrutura formal.....	86
5.3.2 Elementos da fachada.....	88
5.3.3 Interiores	89
5.4 Escola Secundária Neulengbach	90

5.4.1 Estrutura Formal	91
5.4.2 Interiores	93
5.4.3 Sustentabilidade.....	93
REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS.....	95
ANEXOS.....	97

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde infanto-juvenil, ressalta-se que o reconhecimento da criança como sujeito portador de direitos, ou seja, como cidadão, efetivou-se no Estado brasileiro com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 1990, decorrendo do artigo 227 da Constituição de 1988.

Houve a inclusão tardia da saúde mental nas políticas de saúde. Dentro deste cenário, pode-se destacar a variedade de alterações relacionadas à saúde mental da criança e adolescente, que incluem desde as alterações globais no desenvolvimento, com destaque para o autismo, transtornos de conduta, hiperatividade, depressão, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas. (COUTO et. al., 2008).

A partir da mudança dos paradigmas em saúde mental e reestruturação do modelo assistencial, é que nascem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01 (BRASIL, 2001). Nos CAPS preconiza-se o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, a partir das equipes multiprofissionais que trabalham de forma interdisciplinar (BRASIL, 2002).

Em Lajeado/RS, o CAPS Infanto Juvenil Crescer existe há dez anos no município, sendo que teve sua sede atual inaugurada em agosto de 2014, em uma casa situada no endereço Saldanha Marinho, 715, bairro Centro próximo ao CAPS I Adulto. Está em funcionamento das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, sem fechar ao meio dia.

É um serviço especializado no atendimento de crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes e usuários de álcool e outras drogas. As atividades desenvolvidas pelo serviço buscam a humanização do cuidado e integralidade da atenção em saúde, por isso a diversificação das atividades propostas em consonância com os objetivos terapêuticos. Estas práticas, embora contribuam efetivamente para a diminuição do sofrimento e qualidade de vida dos usuários e suas famílias, poderiam ser potencializados por outros recursos de cuidado.

Nesse sentido, a ambientoterapia é uma modalidade de tratamento em que o ambiente funciona como fator terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento e socialização. Um ambiente seguro, que suportará todos os anseios e dificuldades do paciente, de forma afetiva, organizada e terapêutica. Portanto, como exemplificação, a ambientoterapia serve de instrumento, uma demonstração de microsociedade, onde os objetivos dos tratamentos se classificam em o paciente conseguir viver e socializar da forma mais adequada possível, dentro de suas condições, portanto, estendido na macrosociedade. É de extrema importância que pacientes que usufruam desta modalidade, sintam-se cada vez mais independentes e autônomos, para que também, suas famílias consigam certo alívio.

Assim, este projeto de pesquisa propõe a implementação de um novo espaço físico para o CAPSi, considerando o recurso terapêutico da “Ambientoterapia” como forma de ampliação do cuidado humanizado.

O projeto buscará atender crianças e adolescentes que possuem algum tipo de transtorno mental proporcionando rotinas diárias de atividades como aulas, recreações, refeições em grupo, horário de higiene, esporte, lazer, bem como as interações entre os pacientes e equipe. Esta equipe é composta por profissionais qualificados da área da psicologia e saúde, vinculadas às universidades da região.

O programa foi desenvolvido com base nos estudos de casos realizados nas cidades de Porto Alegre e Lajeado, complementado com as necessidades e expectativas impostas pelos usuários. A estrutura física está organizada em quatro grandes setores: administrativo/serviços, ambientoterapia, clínico e público.

2. APRESENTAÇÃO DO TEMA

2.1 A saúde mental da criança e do adolescente

A formação da personalidade da criança em seus primeiros anos de desenvolvimento e sua relação com o ambiente foi amplamente divulgada por Donald Woods Winnicott, médico pediatra e psicanalista, que nasceu na Inglaterra em 1896 (ROSÁRIO; PENELLO, 2016). Considerou os aspectos emocionais para além dos aspectos físicos, quando se trata de determinantes de doença, sendo aspectos distintos, porém inseparáveis. O corpo, as emoções e os pensamento funcionam integradamente, facilitando a compreensão do que é saúde psíquica, não como sinônimo de normalidade (WINNICOTT, D. W, 1999).

Para ampliar a reflexão sobre o tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entende que saúde não significa ausência de doença, ampliando a compreensão sobre o estado saudável. Considera a “habilidade em poder lidar com as adversidades da vida, com a preservação da capacidade de criar e de transformar os sonhos em projetos passíveis de realização” (ROSÁRIO; PENELLO, p. 16). Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental, pois asseguram a liberdade e a segurança das pessoas (OMS, 2016)¹.

Pensando em direcionar o cuidado ao público infanto-juvenil, discute-se, fundamentalmente, sobre o meio em que a criança e o adolescente estão inseridos. Para que eles possam desenvolver as habilidades, é necessário um ambiente facilitador que ofereça segurança, afetividade, confiança e acolhimento, gerando meios para que sejam capazes de enfrentar as diversidades e caminharem em direção à saúde. Quando isso não acontece, especialmente no início da infância, há grandes chances de levar a instabilidades e a doença (ABRAM, 2000, p. 25). Quando a criança não pode ser protegida de algum tipo de excesso, responde a

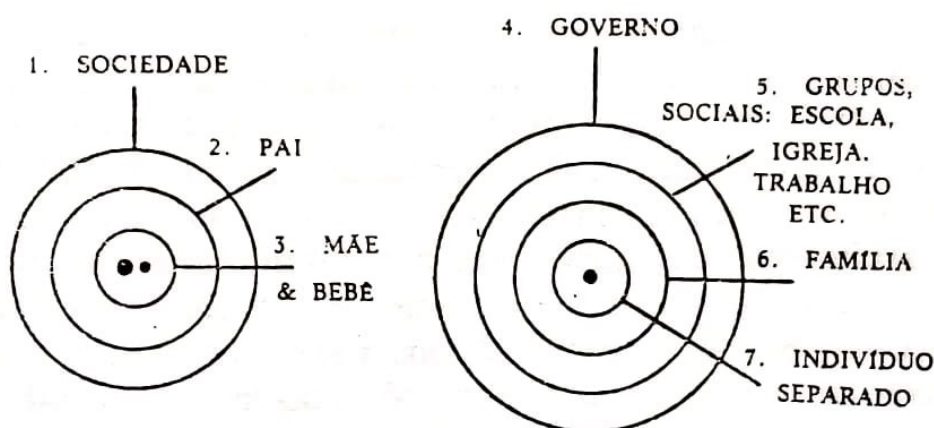
¹ Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depender-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 05 out. 2019.

esta falha ambiental que, se não forem corrigidas a tempo, podem levar a traumas que estão além do seu nível de compreensão (ROSÁRIO; PENELLO, 2016).

Para esclarecer sobre as relações entre ambiente e desenvolvimento infantil, Winnicott (1982) explica que o desenvolvimento emocional se dá, então, a partir das tendências herdadas em articulação com os fatores ambientais. Para que isso aconteça, o ambiente necessita oferecer um suporte adequado para que a saúde biológica e emocional da criança se desenvolva de modo saudável (WINNICOTT, 1982C, P. 63).

Contribuindo com o exposto, Davis e Wallbrige (1982, p. 162) afirmam que a expansão da interação social se dá a partir dos 7 círculos. O primeiro elo desses círculos é em relação à questão paterna, que oferece o sentido de proteção à mãe e ao bebê/criança. A expansão das relações representa o segundo círculo, com a aproximação dos demais familiares. O ambiente escolar, sua relação com colegas e docentes configura-se como o terceiro círculo, seguido pelo quarto, que expande suas relações para o ambiente da rua da sua moradia e bairro. Com a ampliação da exploração territorial, encontraremos os quinto e sexto círculos, sendo constituídos pelas demais regiões que circundam o bairro e periferia da cidade. Por último, temos o sétimo círculo, representado pelo país onde mora.

Figura 1 - Os 7 círculos



Fonte: Livro Limite e Espaço, Davis e Wallbrige (1982)

Na verdade, os círculos sociais tratam-se de “um processo que tem uma importante dimensão afetiva, pois essa expansão depende de uma maturação biológica, mas principalmente da confiança que a criança tem na sua retaguarda (pais) e que a incentiva para ir adiante” (ROSÁRIO; PENELLO, 2016, p.21). Desta forma, o desenvolvimento da criança em sua plenitude se dará a partir da gradativa adequação do ambiente, permitindo que ela explore e reconheça sua realidade e se posicione diante do mundo, de forma compartilhada. Caso o ambiente não permita meios para que a criança se defenda, a não ser por sintomas patológicos, tem-se o adoecimento como consequência (ROSÁRIO; PENELLO, 2016).

Considerando os fatores ambientais como fundamentais para o adequado desenvolvimento infantil, a atenção à saúde no Brasil passou por modificações ao longo da história que desconstruíram o modelo centrado na doença. Uma nova perspectiva de cuidados em saúde foi sendo estabelecida, com foco para além de ações curativas, mas também preventivas, de promoção e proteção da saúde (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

No âmbito da saúde infanto-juvenil, é importante ressaltar que o reconhecimento da criança como sujeito portador de direitos, ou seja, como cidadão, efetivou-se no Estado brasileiro com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei nº 8.069, de 1990, decorrendo do artigo 227 da Constituição de 1988. A promulgação estabeleceu direitos de cidadania para essa parcela da população, estabelecendo, no Art. 3º do documento que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 1990, Art. 3º).

Assim, a criança e o adolescente como cidadãos de direito, necessitam de condições que ofereçam proteção e adequadas condições para o seu desenvolvimento biopsicossocial. É considerado de fundamental importância ter-se ambientes acolhedores que contribuam para que a infância sinta-se protegida e amparada diante das adversidades as quais irá se deparar ao longo de sua vida.

2.2 Sofrimento psíquico infanto-juvenil: particularidades

Sabe-se que os fatores genéticos, individuais e ambientais estão relacionados a prejuízos à saúde mental na infância e adolescência, com destaque ao sexo, histórico familiar, presença de violência e organização familiar. (THIENGO et al., 2014, apud BORGES e PACHECO). Apesar das interferências negativas sobre o desenvolvimento biopsicossocial, houve a inclusão tardia da saúde mental nas políticas de saúde. Dentro deste cenário, pode-se destacar a variedade de alterações relacionadas à saúde mental da criança e adolescência, que incluem desde as alterações globais no desenvolvimento, com destaque para o autismo, transtornos de conduta, hiperatividade, depressão, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas (COUTO et. al., 2008).

Para além do conhecimento dos fatores que podem relacionar-se com os prejuízos à saúde mental, com o objetivo de criar estratégias que atenuem o sofrimento, é de suma importância compreender os processos pelos quais passam os jovens. Quanto mais cedo a criança tiver o cuidado terapêutico adequado, maiores as possibilidades de impacto positivo sobre seu desenvolvimento (ONZI, GOMES, 2015). Para isso, é fundamental o conhecimento sobre os diferentes processos e modos de apresentação dos transtornos na infância e adolescência, permitindo a sensibilização profissional para os cuidados terapêuticos precoces e efetivos, nos diferentes contextos de vida.

2.2.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

“O que é que essas crianças têm? Vocês só falam o que elas não têm!” (CAPELLO, 2001, p. 38). Também conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA), o autismo é definido como uma síndrome comportamental que compromete o desenvolvimento motor e psiconeurológico dificultando a cognição, a linguagem e a interação social da criança (PINTO et. al., 2016).

Apoiadas em Winnicott, os autores desconstruem conceitos que colocam o autismo como transtorno ou quadro psicopatológico. Em muitas teorias, a noção que se tem de autismo está ligada a deficiência, déficit e impossibilidades, com um psíquico “despovoado”, na perspectiva da criança, com pais incapazes de investir

em seus filhos, metaforicamente chamados de “mãe geladeira” (KANNER in CAVALCANTE, ROCHA, 2001).

Na visão de Volnovich², o autismo é um conceito moderno que fala sobre o lugar da infância na contemporaneidade, muito mais que ligada às questões psicopatológicas, fazendo projeções de alguns modos de funcionamento mental a partir do nosso tempo e cultura individualista (CAVALCANTE, ROCHA, 2001).

Winnicott posicionou-se sobre conceitualizar e teorizar o autismo como “invenção”³ que impede a construção de novas possibilidades para estes sujeitos em intenso sofrimento psíquico, que encontram desde cedo, dificuldades para enfrentá-los, quando diz que as crianças com autismo não estabeleciam contato afetivo. Este entendimento fez com que pais e profissionais passem a vê-las como desprovidas de sentimento e capacidade de sentir, e quando estes são exteriorizados, como medo, raiva, alegria, tristeza, são vistos como mal-estar físico, o que, na verdade, são demonstrações de afeto (CAVALCANTE, ROCHA, 2001).

Tem-se a conjunção de pais frios e distantes com uma criança desprovida ou incapaz de sentir, mas não é o que a clínica demonstra. Não se trata de falta de investida dos pais, pelo contrário (CAVALCANTE, ROCHA, 2001, p. 48). Winnicott foi na contramão da maioria das teorias psicanalíticas que diagnosticavam e tratavam crianças em sofrimento psíquico. O autor contribuiu para que a expressão do sofrimento não fosse vista como déficit, defeito, deficiência ou psicopatologia pura, como doença, mas sim, como problemas no desenvolvimento e constituição do psiquismo, onde muitos dos sintomas clínicos podem ser vistos em crianças que não são autistas (CAVALCANTE, ROCHA, 2001).

Para finalizar, a criança reinventa modos de arranjos psíquicos para enfrentar seu sofrimento, que, segundo Winnicott, vem da perda da capacidade criativa para brincar. Daí volta a atenção a e importância às ações transformadoras e criativas

² Psicanalista argentino radicado no Rio de Janeiro, VOLNOVICH, J. A psicose na criança. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1993.

³ Invenção é a palavra utilizada por Winnicott para se referir ao conceito de Kanner, no artigo “Autismo”. In Pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.179.

do ambiente, representado pelo cuidador da criança, como cenário favorável a construção da subjetividade (CAVALCANTE, ROCHA, 2001).

2.2.2 Espectro da Esquizofrenia

Geralmente os primeiros sintomas se dão de forma insidiosa, na adolescência e início da vida adulta. Caracterizam-se por perda de energia, iniciativa e interesse, bem como humor depressivo, isolamento e negligência com o corpo, que antecedem por semanas ou meses antes do aparecimento dos sintomas mais característicos. Estas características no comportamento são percebidas pela família e amigos, quando afetam seu desempenho escolar ou no trabalho e modificações que impactam nas suas vivências interpessoais (VALLADA; BUSATTO, 1996).

São considerados sintomas característicos da esquizofrenia as alucinações e delírios, alterações de pensamento e fala, bem como perturbações das emoções e afetos, déficits cognitivos e incapacidade de iniciar ou persistir na busca de um objetivo (SILVA, 2006).

Os sintomas positivos são aqueles em que ocorrem comportamentos adicionais nos momentos de crise psiquiátrica como delírios, alucinações, alterações na fala e no comportamento (catatonia, transtornos dos movimentos, entre outros). Acredita-se que o surgimento dos sintomas positivos característicos da agudização da esquizofrenia, especialmente os delírios e as alucinações, além das alterações da fala e movimento, tem relação próxima as singularidades de cada pessoa, considerando história de vida e suas relações com as situações de vida, sendo uma forma de expressão de medos e impulsos (GABBARD, 1998).

Os sintomas chamados negativos da esquizofrenia, que se caracterizam por diminuição da função motora e psíquica, manifestações emocionais e incapacidade de sentir prazer em atividades normalmente agradáveis, podem ocorrer devido a causas secundárias da doença, como privação ambiental, ansiedade, depressão e efeitos colaterais de medicações (GABBARD, 1998).

Uma das maiores dificuldades da esquizofrenia reside em sua cronicidade (sintomas negativos) e na recorrência dos sintomas agudos (sintomas positivos). A manifestação desses dois tipos de sintomas da esquizofrenia, que conferem a cronicidade da doença (sintomas negativos) e recorrência dos sintomas agudos (sintomas positivos) tem consequências que impactam sobre a relação pessoal, refletindo em vários aspectos da vida. Esta relação com a doença repercute na vida afetiva, social, familiar e financeira, de modo a destruir sonhos, uma vez que há uma desvalorização da pessoa como ser humano, onde surgem sentimentos que o desvalorizam e incompreensão por parte dos amigos e família (NOISEUX, 2008).

Assim, considerando que a esquizofrenia é uma doença complexa que gera intenso sofrimento e prejuízos à vida das pessoas com esquizofrenia, “é importante um novo olhar para os portadores deste transtorno, dando-lhes voz, acolhendo e valorizando seus sofrimentos neste processo de descoberta de novo sentido para a convivência com a esquizofrenia” (OLIVEIRA et. al., 2012, p. 310).

2.2.3 Transtornos Depressivos

Os sintomas que caracterizam a depressão podem ser sentidos por qualquer criança ou adolescente no decorrer da vida. Para Brumariu e Kerns (2010) pode ser considerado um transtorno de humor que apresenta características básicas como tristeza e perda da capacidade de sentir prazer, porém, para ser considerada depressão, os sintomas são intensos e devem impactar nas atividades da vida, de modo a criarem prejuízos nas atividades escolares ou na interação social. Ressalta-se que os sintomas devem permanecer por pelo menos mais de duas semanas com impacto direto de sobrecarga à criança (BRUMARIU; KERNS, 2010).

A depressão pode ser dividida em distímia e depressão maior. A distímia pode ser definida como uma depressão crônica, caracterizando sintomas depressivos de baixa intensidade. O quadro mais intenso que afeta a criança e o adolescente é chamado de depressão maior, apresentando humor irritadiço ou instável, explosões descontroladas, além de queixas de pesadelos noturnos. Há também muitas queixas somáticas, como dores de cabeça, abdominais e musculares sem causa aparente. Nos adolescentes, é comum o aumento de

irritabilidade e hostilidade, risco de suicídio impulsionado pelo sentimento de desesperança, insônia ou hipersonia, entre outros sintomas. O isolamento social, a sensibilidade exagerada à rejeição ou ao fracasso e a pouca expectativa em relação ao futuro são observações frequentes, onde este conjunto pode levar ao abuso de álcool e drogas psicoativas (PRAGER, 2009).

Diante destes sintomas, Bortolini (2016) coloca que é de suma importância que os pais e profissionais estejam atentos às manifestações das crianças e adolescentes, contribuindo com o diagnóstico precoce. Pensando na prevenção e promoção de saúde, é importante destacar o desenvolvimento de programas, em especial, na área de saúde mental, junto a crianças e adolescentes, construindo estratégias de cuidado e bem-estar para aqueles que apresentam sintomas sugestivos de depressão (BORTOLINI et. al., 2016).

2.2.4 Transtornos de Ansiedade

A ansiedade é um dos transtornos mais comuns na infância e na adolescência, sendo definida como uma sensação de medo e apreensão, que é percebida como uma tensão ou um desconforto proveniente da antecipação de uma situação desconhecida ou de perigo. É comum a ocorrência destes sintomas em alguma fase do desenvolvimento da criança e adolescente, mas a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando exagerados, ou quando que foge da normalidade observada nessas faixas etárias. Além disso, esses sentimentos, quando interferem na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário da criança ou do adolescente, podem ser considerados patológicos. (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996).

Não há lugar para a análise dos fenômenos internos isolados dos eventos externos. O medo ou a fobia, quando sentimentos externalizados, devem ser analisados como fenômenos internos e externos a criança e adolescente. Assim, não pertencem somente a elas, mas também à família que afeta a criança e às situações que impactam na família. Para Anthony (2009, p. 56), a “criança doente emocionalmente é família adoecida em suas relações. Família doente é sociedade

doente em seus sistemas de valores, crenças, comportamentos e interações (ANTHONY, 2009, p. 56).

Assim, reconhece-se hoje os transtornos de ansiedade podem ser bastante frequentes, causando sofrimento e disfunção à criança ou ao adolescente. Desta forma, é importante a identificação precoce dos transtornos de ansiedade para que, futuramente, não haja ou sejam minimizados os impactos negativos na vida da criança e adolescente, tais como as faltas e a evasão escolar, a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade (CASTILLO et. al., 2000).

2.2.5 Transtornos da Conduta

O transtorno da conduta é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e adolescência, abrangendo os comportamentos de risco que podem comprometer a saúde física e mental do indivíduo, como o uso de drogas, álcool e violência. Segundo estudos aplicados em alguns países, a prevalência de transtorno da conduta é variada, atingindo 5,5% da população do Canadá entre os 4 e 16 anos, enquanto no Peru, esta psicopatologia atinge 30,4% da população entre adolescentes de 12 e 17 anos de idade. No Brasil o único estudo encontrado apresentou 29,2% de prevalência em adolescentes com idades de 11 a 15 anos (CRUZEIRO, et. al., 2013).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (2014), o quadro clínico do transtorno da conduta, classificado nos “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta”, é caracterizado por um comportamento repetitivo e persistente com violação de normas sociais ou direitos básicos de outras pessoas. Esses comportamentos podem ser divididos em quatro grupos principais contendo ao todo 15 critérios diagnósticos:

Grupo 1: Conduta agressiva que causa ou ameaça causar danos físicos a outras pessoas ou animais

1. Frequentemente provoca, ameaça ou intimida outros.
2. Frequentemente inicia brigas físicas.

3. Usou alguma arma que pode causar danos físicos graves a outros (bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo).

4. Foi fisicamente cruel com pessoas.

5. Foi fisicamente cruel com animais.

6. Roubou durante o confronto com uma vítima (assalto, roubo de bolsa, extorsão, roubo à mão armada).

7. Forçou alguém a atividade sexual.

Grupo 2: Conduta não agressiva que causa perda ou danos a propriedade

8. Envolveu-se deliberadamente na provocação de incêndios com a intenção de causar danos graves.

9. Destruiu deliberadamente propriedade de outras pessoas (excluindo provocação de incêndios).

Grupo 3: Falsidade ou furto

10. Invadiu a casa, o edifício ou o carro de outra pessoa.

11. Frequentemente mente para obter bens materiais ou favores ou para evitar obrigações.

12. Furtou itens de valores consideráveis sem confrontar a vítima (furto em lojas, mas sem invadir ou forçar a entrada; falsificação).

Grupo 4: Violações graves de regras

13. Frequentemente fica fora de casa à noite, apesar da proibição dos pais, com início antes dos 13 anos de idade.

14. Fugiu de casa, passando a noite fora, pelo menos duas vezes enquanto morando com os pais ou em lar substituto, ou uma vez sem retornar por um longo período.

15. Com frequência falta às aulas, com início antes dos 13 anos de idade.

2.3 Integralidade no cuidado em saúde: ampliando o olhar sobre a criança e o adolescente

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos impactos potenciais no presente e no futuro. É de fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados. A perspectiva de atenção integral é exigente e pressupõe vínculos muito bem estabelecidos entre a criança, o cuidador/família e o profissional responsável. Nesse sentido, fala-se em corresponsabilização como um dos princípios fundamentais desta abordagem.

O cuidado integral em saúde pressupõe a ampliação do olhar sobre as diferentes dimensões de vida, permitindo respostas terapêuticas que atendam às diferentes demandas em saúde, graças ao trabalho em equipe multiprofissional. Demanda um olhar da criança por inteiro, numa postura acolhedora com escuta atenta e qualificada, com o cuidado singularizado e o estabelecimento de vínculo de forma implicada. Da mesma maneira, é necessário um esforço de integração da rede de cuidado e de proteção, potencializando os recursos disponíveis para a efetivação dos direitos da criança e seu grupo familiar (BRASIL, 2018).

2.3.1 CAPS

É nesse contexto, com vistas a uma mudança de paradigma na atenção à saúde mental e reestruturação do modelo assistencial, que surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais vêm se constituindo como o principal serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado que antes predominava.

A Reforma Psiquiátrica, a partir de 1970, contribuiu para ampliar o cuidado em saúde mental, reestruturando o modelo assistencial, para garantia dos direitos às pessoas em sofrimento psíquico. Foram implementados serviços de base comunitária, investindo nas relações sociais, como ainda, estabeleceu políticas que oferecem a garantia dos direitos e da proteção destas pessoas. Desta forma, houve

a reformulação do modelo de cuidado a esta população, permitindo que estas tenham novas possibilidades de convívio comunitário e inclusão social (NUNES, KANTORSKI, COIMBRA, 2016).

A necessidade de implementação de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade foi a bandeira da Reforma Psiquiátrica. Porém, distintamente dos impactos que ela trouxe para os adultos, com a condenação dos hospitais psiquiátricos, o movimento trouxe a superação diante da ausência de planos de cuidado ampliados, cidadãos e não segregadores para o público infanto-juvenil (COUTO; DELGADO, 2015).

A partir da mudança dos paradigmas em saúde mental e reestruturação do modelo assistencial, é que nascem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, surge a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelecendo as modalidades em que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

Nos CAPS preconiza-se o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, a partir das equipes multiprofissionais que trabalham de forma interdisciplinar (BRASIL, 2002). Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, criando, ampliando e articulando a rede de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os CAPS definem-se como atenção psicossocial especializada dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando com equipes multiprofissionais sob a ótica interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Passados mais de dez anos da implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde busca-se ampliação dos cuidados às pessoas em sofrimento psíquico grave, severo e persistente, tem-se visto potência no

desenvolvimento das ações no território da sua implementação. O CAPS Infantil, é destinado ao atendimento de crianças e jovens, esforçando-se para responder com efetividade às demandas complexas da saúde, envolvendo a família e construindo relações de parceria. Para tanto, é desenvolvido práticas interdisciplinares, buscando inovação no modelo de cuidado, fortalecendo a articulação em rede (COUTO e DELGADO, 2015).

A partir de entrevista realizada com a Coordenadora do serviço, Naiana de Quadros, no município de Lajeado/RS, o CAPS Infanto Juvenil Crescer existe há dez anos no município, sendo que teve sua sede atual inaugurada em agosto de 2014, em uma casa situada no endereço Saldanha Marinho, 715, bairro Centro próximo ao CAPS I adulto. Está em funcionamento das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, sem fechar ao meio dia.

É um serviço especializado no atendimento de crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, com transtornos mentais severos e persistentes e usuários de álcool e outras drogas. Entre as demandas mais comuns, estão: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, autismo, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno alimentar, retardo mental, substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Mensalmente, o CAPSi faz, em média, 825 atendimentos, entre atendimentos individuais, grupos terapêuticos com crianças, adolescente e familiares, consultas médicas e de enfermagem, oficinas terapêuticas e atividade física.

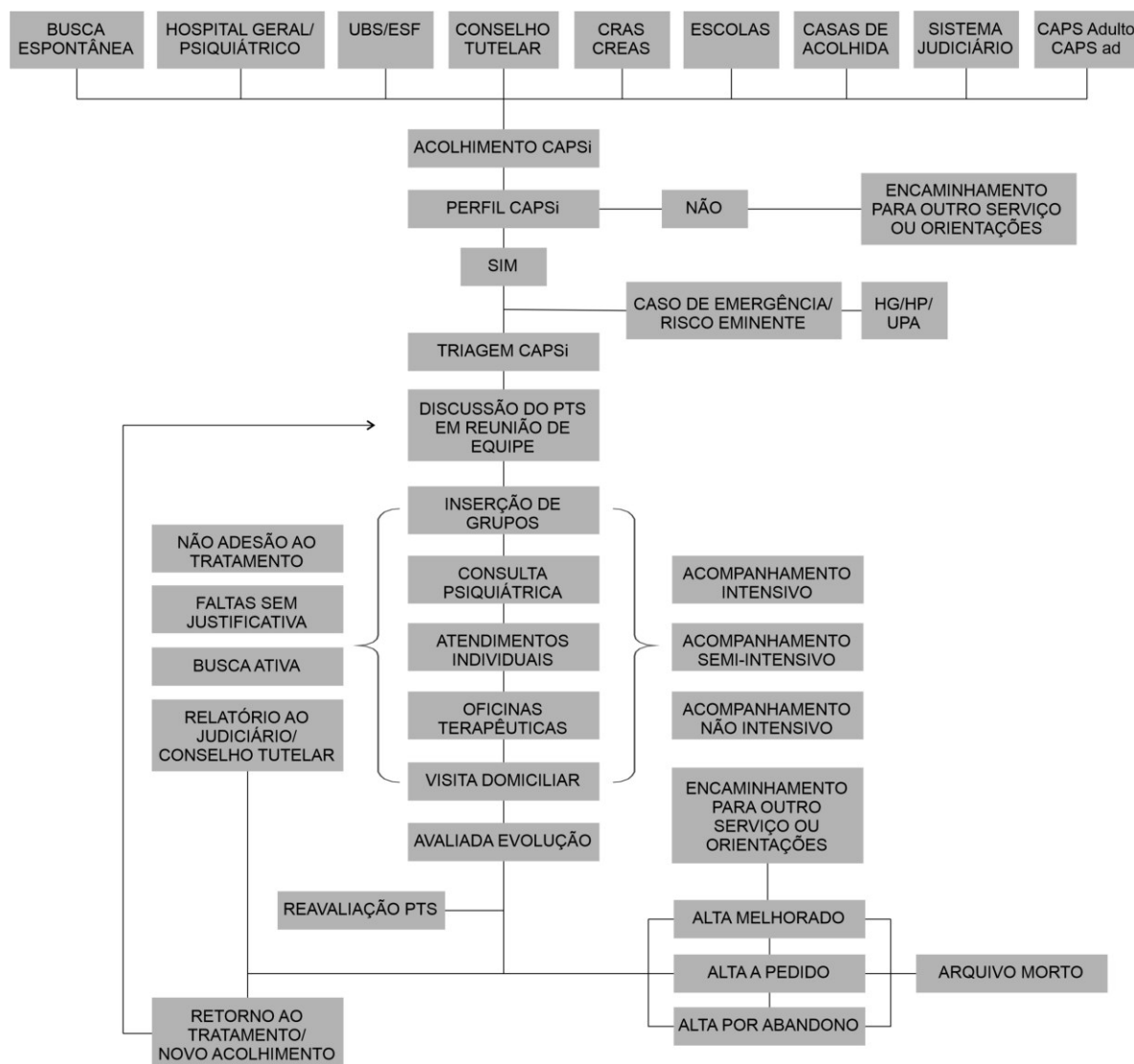
Pensando nas propostas de cuidado visando o desenvolvimento psicossocial, o cuidado em saúde aos usuários e famílias se dá, principalmente, a partir da grupalidade, através dos grupos terapêuticos e oficinas. Esta modalidade de atendimento, segundo Brasil (2013, p. 121), permite:

Uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isso se deve a pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimento e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (BRASIL, 2013, p.121).

Para isso, dispõe de uma equipe técnica, constituída por: dois assistentes sociais, um profissional de educação física, um musicólogo, um auxiliar administrativo, um terapeuta ocupacional, dois auxiliares de cozinha/limpeza, um educador social, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e três psicólogos.

Dispõe de seis salas, destinadas ao atendimento individualizado ou grupal, considerando a proposta terapêutica. O CAPSi caracteriza-se por ser um serviço “portas abertas”, os quais os usuários podem dirigir-se voluntariamente para acolhimento. Outra forma de ingresso ao serviço é a partir de encaminhamentos através da rede de serviços, que referenciam o usuário através de documento de referência. O acompanhamento se dá a partir da equipe multiprofissional a qual constrói o Projeto Terapêutico Singular. A partir daí, é analisado pela equipe as demandas dos usuários, dando o suporte necessário às singularidades de cada usuário e suas famílias.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento CAPSi - Lajeado



Fonte: Da autora, modificado de CAPSi Lajeado (2019)

As atividades desenvolvidas pelo serviço buscam a humanização do cuidado e integralidade da atenção em saúde, por isso a diversificação das atividades propostas em consonância com os objetivos terapêuticos. Estas práticas, embora contribuam efetivamente para a diminuição do sofrimento e qualidade de vida dos usuários e suas famílias, poderiam ser potencializados por outros recursos de cuidado.

2.4 A Ambientoterapia

Pinel⁴, em meados do século XVIII, foi o responsável por dar origem à ambientoterapia ou comunidade terapêutica para alguns autores, com o objetivo de humanizar o trato com o doente mental nas instituições psiquiátricas. Foi a partir do pensamento freudiano que trouxe a fundamentação de que careciam os primeiros reformadores das instituições psiquiátricas, inspirando na criação de um novo e dinâmico *status* no atendimento institucional ao doente mental, assim denominando de “comunidades terapêuticas” (OSÓRIO, 1975).

Segundo, Bernardy e Zamo (2016) a ambientoterapia é um termo regional empregado no sul do Brasil e vemos Comunidade Terapêuticas nas demais regiões. A origem do termo (CT) surgiu em 1931 com Sullivan, onde acidentalmente empregou o termo para designar a ação benéfica de uma estrutura social sobre o doente mental, porém o termo ficou popularmente conhecido graças à Maxwell Jones em 1953. Essas comunidades são entendidas como um espaço para habitação em convívio com outras pessoas em ambiente monitorado.

Blaya (1960) traz que as Comunidades Terapêuticas podem funcionar tanto em hospitais psiquiátricos, como escolas e até mesmo em prisões, pensando no modelo norte-americano o qual estudara. Segundo o autor, o que as caracteriza, além da estrutura física, é a ligação da equipe de profissionais com as pessoas atendidas e o funcionamento desse ambiente. Por tanto, o enquadre terapêutico acontece a partir da composição de uma equipe de profissionais qualificada, do tipo de tratamento e do ambiente de atendimento. Todos os profissionais e demais pessoas que fazem parte do ambiente desses pacientes, participam do processo.

A ambientoterapia, inicialmente destinou-se ao atendimento de pacientes adultos, após, devido aos recursos lúdicos, tornou-se uma técnica mais voltada para o atendimento de crianças e adolescentes, junto com a parte pedagógica, caracterizada por essa abordagem. Sendo assim, a ambientoterapia inclui rotinas

⁴ Phillippe Pinel, fundador dos primeiros hospitais psiquiátricos, determinou o princípio do isolamento para os alienados e instaurou o primeiro modelo de terapêutica na área psiquiátrica ao introduzir o tratamento moral. AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

diárias de atividades como aulas, recreações, refeições em grupo, horário de higiene, esporte, lazer, bem como as interações entre crianças e adultos e interação entre elas próprias. (OSÓRIO, 1975; ZUCCHI; SILVA, 2015).

Os pacientes, o terapeuta e as atividades comunitárias são considerados os agentes terapêuticos. O paciente é o núcleo do processo socioterápico; seu momento de desenvolvimento deve ser levado em conta e será determinante, assim como a sua patologia, na adequação e planejamento do seu tratamento e também na exploração das suas potencialidades. Além disso, inúmeros casos apontam os benefícios que podem ocorrer quando um paciente consegue servir de ego auxiliar ao seu colega, ou a pacientes novos na instituição (OSÓRIO, 1975). O terapeuta, nesse caso representando toda a equipe técnica envolvida nos casos, é requisitado em situações onde há atrito, ruídos na comunicação, resistências e confusões no geral. É também representante de figuras parentais e de novos modelos de identificação mais integrados e adequados. Além do conhecimento técnico, a afetividade e disponibilidade do profissional interferem significativamente nos manejos feitos com os pacientes, servindo como uma reestruturação (OSÓRIO, 1975)

Assim, este projeto de pesquisa propõe a implementação de um novo espaço físico para o CAPS i, considerando o recurso terapêutico da “Ambientoterapia” como forma de ampliação do cuidado humanizado.

2.4.1 Estudos de caso

Para embasamento da construção do tema deste trabalho foram realizadas duas visitas no decorrer do dia 07 de agosto de 2019 na cidade de Porto Alegre/RS. As clínicas escolhidas partiram da sugestão de uma psicóloga formada na família, sendo que as duas referências possuem anos de experiência em atendimentos psicológicos diversos, se especializaram e tornaram-se referência na capital no que diz respeito à ambientoterapia. As entrevistas ocorreram por meio de conversas informais dadas por responsáveis do setor da ambientoterapia, assim como houve

a oportunidade de conhecer os espaços fornecidos pelas instituições e funcionamento da rotina⁵.

2.4.1.1 Estudo 1

Fundada no ano de 1983 por um grupo de profissionais de diversas áreas, a primeira clínica visitada se denomina uma comunidade terapêutica e atende crianças, adolescentes e adultos que apresentam dificuldades emocionais e/ou transtornos psiquiátricos. Centrada em um referencial psicodinâmico e influenciada pelos estudos do pediatra e psicanalista Donald Woods Winnicott, a clínica privilegia um ambiente acolhedor proporcionando condições para prevenir e superar aspectos no desenvolvimento psicoemocional da família e do indivíduo.

A equipe é formada por profissionais especialistas e pós graduados, além de estudantes do ensino superior de faculdades vinculadas que atuam em conjunto. Atualmente, existem 4 setores estabelecidos sendo eles: 1) Ambientoterapia, abrangendo principais casos de transtorno da conduta, espectro autista e esquizofrenia; 2) Ambulatório, que conta com quatro possibilidades de tratamento através de psicólogo, psiquiatra, psicopedagoga e fonoaudiólogo atendendo individual, casal ou família; 3) Grupo de AT (Acompanhante Terapêutico) e 4) Ensino, que abrange cursos especializantes para estagiários, grupo de estudos e palestras abertas para profissionais da área. Atendem todos os tipos de público e idades, analisando e direcionando cada caso para o mais adequado tratamento.

Antigamente, o funcionamento da ambientoterapia acontecia a partir de grupos formados por igualdade de transtorno. Hoje em dia a equipe da clínica está aplicando e testando uma nova modalidade de organização, com o objetivo de proporcionar aos pacientes autonomia e liberdade para escolher o que querem fazer dentro de um quadro com atividades e horários específicos. De acordo com o diretor do setor, a ambientoterapia é um espaço supervisionado, que procura ser o mais

⁵ Tanto a primeira quanto a segunda clínica assinaram o termo de consentimento de entrevista garantindo o sigilo à origem das informações, portanto as identificações serão preservadas no decorrer do texto. Os termos serão anexados ao final do trabalho.

organizado e terapêutico possível, permitindo que os pacientes sejam coo-terapeutas um do outro.

2.4.1.2 Estudo 2

No ano de 1978, um grupo de psiquiatras, psicanalistas e psicólogos de crianças, adolescentes e famílias uniram-se e fundaram a instituição, com o desejo de dedicar-se ao ensino, à pesquisa em psicoterapia de orientação analítica da infância e da adolescência e ao atendimento da comunidade. A clínica conta com um espaço de ensino que proporciona cursos, seminários, grupos de estudos e estágios vinculados a algumas faculdades de Porto Alegre e região. Além disso, existe um setor de pesquisa, que é responsável por coordenar, avaliar e acompanhar projetos vinculados a grupos de pós-graduação que desejam realizar estudos dentro da instituição, bem como desenvolver suas próprias pesquisas.

O ambulatório é multidisciplinar e atende bebês, crianças, adolescentes e seus familiares. No primeiro atendimento os pacientes são entrevistados e encaminhados para o devido setor de tratamento, incluindo alguns como a ambientoterapia, fonoaudiologia, psicoterapia e psicopedagogia. A ambientoterapia existe há 25 anos, e atualmente seu público alvo é crianças e adolescentes com idades de 4 a 12 anos, trabalhando-se em grupos com pacientes do espectro autista, transtorno da conduta e da agressividade. Busca oferecer um espaço acolhedor e continente, organizado por uma rotina estruturada com horários fixos e suas atividades. A equipe é composta por fonoaudiólogo, assistente social, psicopedagoga, psicólogo, psiquiatra e estagiários.

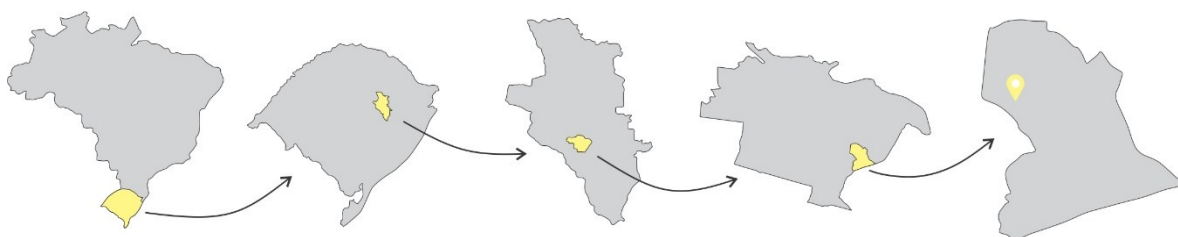
Para a psicóloga do setor, o conceito de ambientoterapia é fornecer um ambiente com condições de estrutura e manejo para que os pacientes possam mostrar suas necessidades e este mesmo espaço responder de forma terapêutica. Segundo ela, a prática demonstra que, geralmente, os usuários estão envolvidos em um ambiente familiar e social desestruturado, e por este motivo, se oferece um lugar rígido externo que atenda essas demandas.

3 LOCAL DE INTERVENÇÃO

3.1 Análise da cidade

Lajeado é um município pertencente ao Vale do Taquari, situado na área central do Estado do Rio Grande do Sul (Estado localizado ao sul do Brasil). A região do Vale é composta por 36 municípios, e de acordo com os indicadores da Fundação de Economia e Estatística – FEE/RS, de 2018, cerca de 369.710 mil pessoas de origem alemã, italiana e açoriana habitam a região. E segundo as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, deste mesmo ano de 2019, a população estimada de Lajeado corresponde a 84.014 mil pessoas, distribuídas por sua área territorial de 91,591 km².

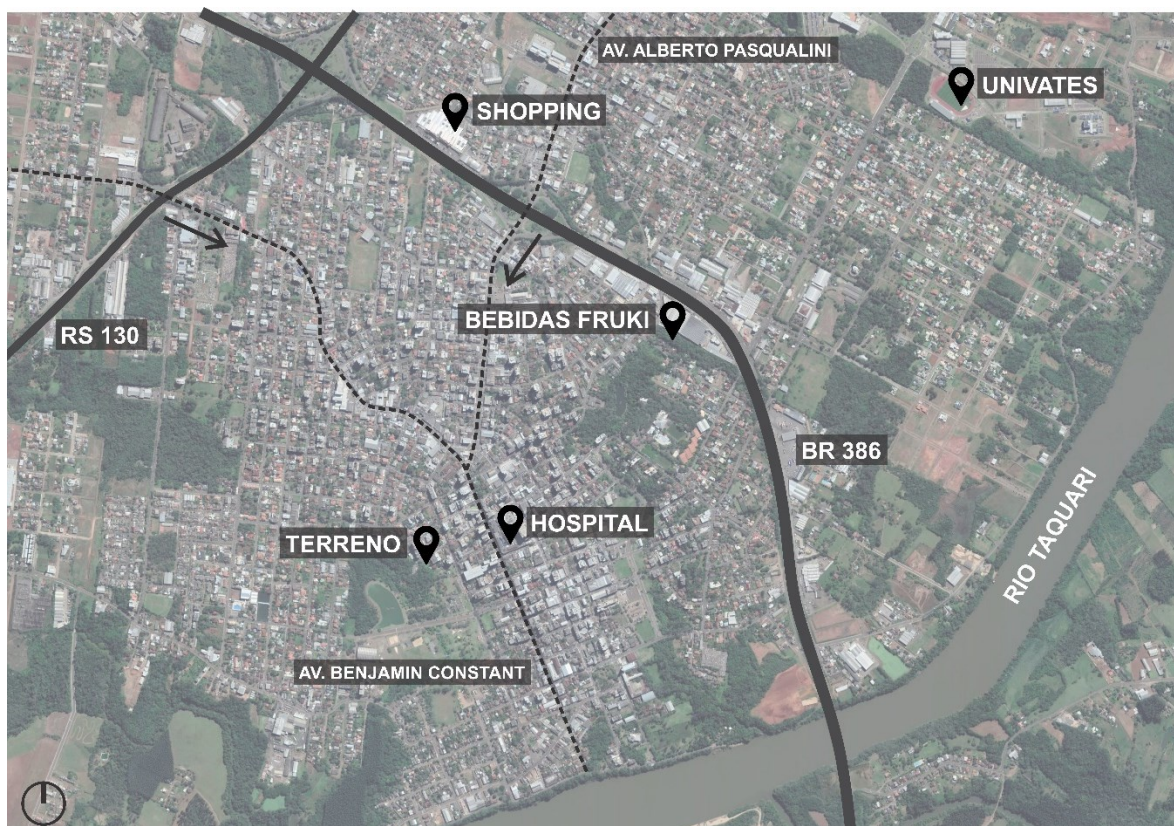
Figura 3 - Mapas do Brasil, Rio Grande do Sul, Vale do Taquari, Lajeado e Bairro Centro



Fonte: Da autora (2019).

Com localização estratégica, o município possui diferenciais que auxiliam seu crescimento e destaque socioeconômico, entre elas, o fácil acesso à diversos pontos do Estado através das rodovias RS 130 e BR 386, à ferrovia e ao porto fluvial instalado no Rio Taquari. Além disso, existem alguns equipamentos de grande reconhecimento e que contribuem para tornar Lajeado referência para as outras regiões como o Hospital Bruno Born, a Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, o Shopping, a fábrica das Bebidas Fruki e o Parque do Imigrante. Está distante cerca de 113 km de Porto Alegre, capital rio grandense, e faz divisa com os municípios de Arroio do Meio, Cruzeiro do Sul, Estrela, Forquetinha, Marques de Souza e Santa Clara do Sul.

Figura 4 - Mapa da análise da cidade



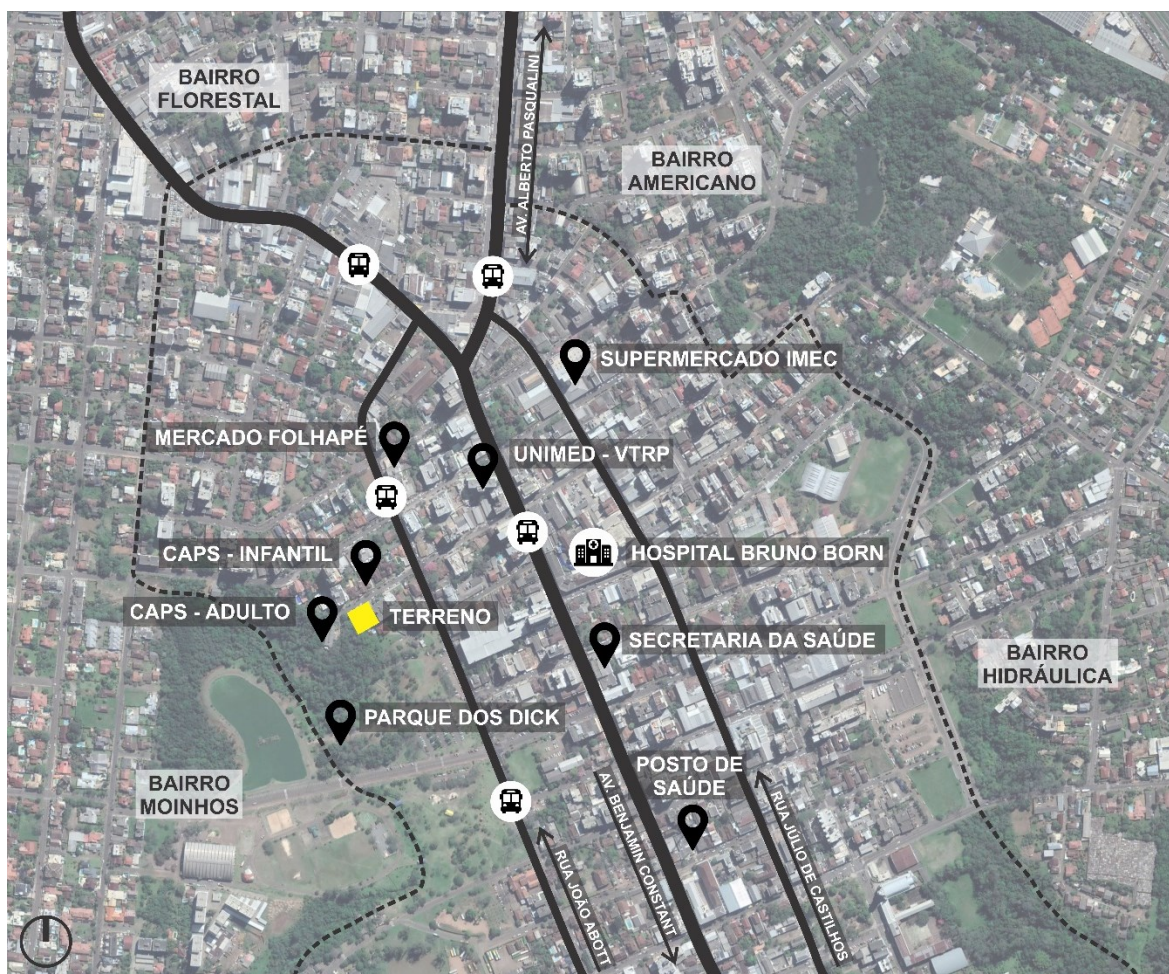
Fonte: Google Maps, modificado pela autora (2019).

3.2 Análise do bairro

O local de intervenção encontra-se no Bairro Centro, primeiro núcleo urbano a originar-se e desenvolver-se na cidade. Esta região central, por ser um Pólo de Comércio e Serviço, apresenta diversidade de usos além de uma infraestrutura urbana com fornecimento de transporte público.

O terreno para qual será destinado o projeto situa-se frontalmente com a Rua Saldanha Marinho, recebendo principais fluxos da Rua João Abbott e Av. Benjamin Constant. Próximo a ele, existem unidades de atendimento voltados à saúde sendo o Hospital Bruno Born e o Posto de Saúde do bairro. Além destes, na mesma rua do terreno, estão alocadas as instituições CAPS Adulto e CAPS Infantil, que agrupam atividades voltadas à saúde mental, integrando-se ao tema do projeto.

Figura 5 - Mapa da análise do bairro



Fonte: Google Maps, modificado pela autora (2019).

3.3 Justificativa da escolha do terreno

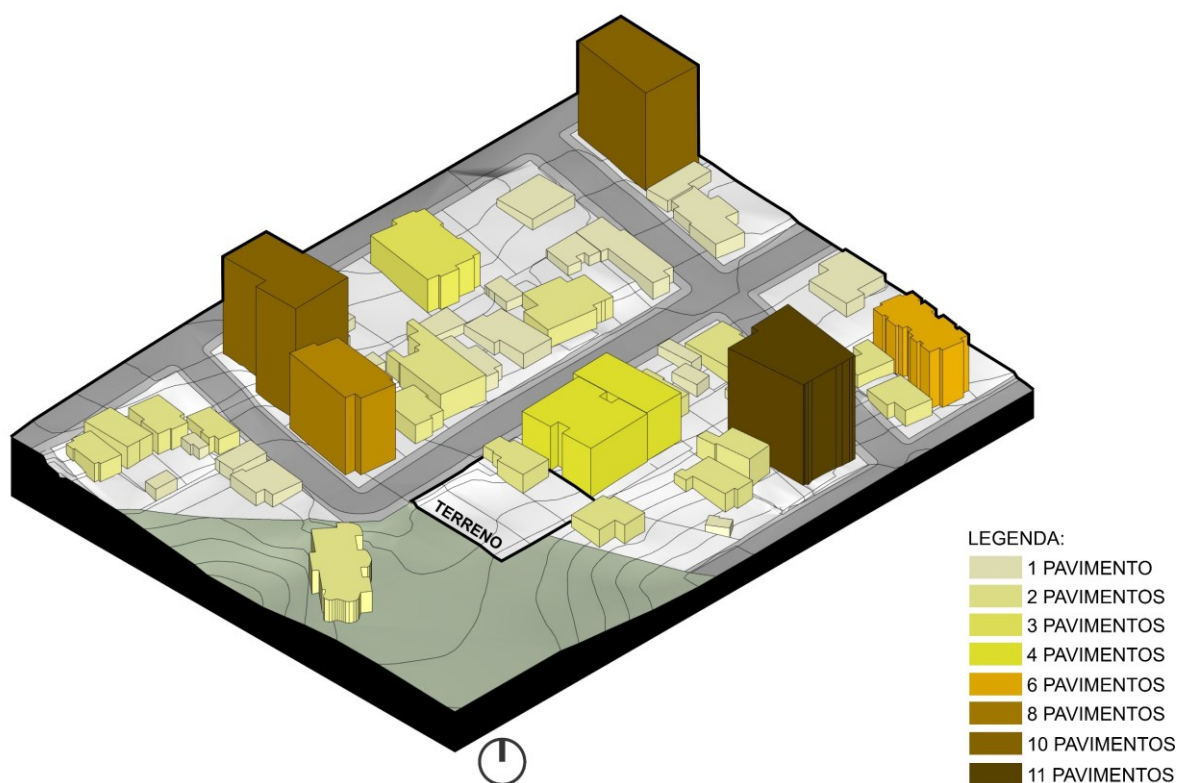
Inicialmente pensou-se em valorizar terrenos com baixo índice de poluição sonora, com espaço aberto ou próximo de praças públicas e áreas com florestamento, pensando na possibilidade de utilizar estes espaços para atividades que englobarão a nova sede. Com os estudos de casos das unidades terapêuticas na cidade de Porto Alegre, percebeu-se também, a necessidade de um local próximo ao comércio e empresas prestadoras de serviços para oferecer praticidade e conforto às famílias, que, diante dos acompanhamentos, acabam permanecendo na região. Além disso, um local com fácil acesso ao transporte público e pontos de taxi, para facilitar o deslocamento de pacientes e funcionários.

Tendo em vista isto, optou-se por um terreno no centro da cidade, levando em consideração o espaço público através do Parque dos Dick, e que coincidentemente localiza-se na mesma rua do CAPSi. Conta com estabelecimentos de comércio, serviço e institucional em locais próximos, ótima mobilidade urbana e fluxo de transporte público. A via na qual está situado é em região central, porém, de baixa circulação veicular, contribuindo com o baixo ruído e vagas públicas disponíveis para estacionamento. O local é adequado, possuindo alguns estabelecimentos da área da saúde, mas com caráter residencial relevante.

3.4 Análise do entorno

Através das análises físicas e tridimensionais do entorno imediato nota-se algumas variações de alturas, contendo edificações de 1 até 11 pavimentos, mas em sua maioria as edificações vizinhas possuem 1 e 2 pavimentos (figura 6).

Figura 6 - Diagrama de alturas do entorno imediato



Fonte: Da autora (2019).

Da mesma forma, o entorno é diversificado em relação às tipologias, englobando edificações de uso institucional, misto, comércio e serviço e residencial, no qual é o de mais predominância (figura 7).

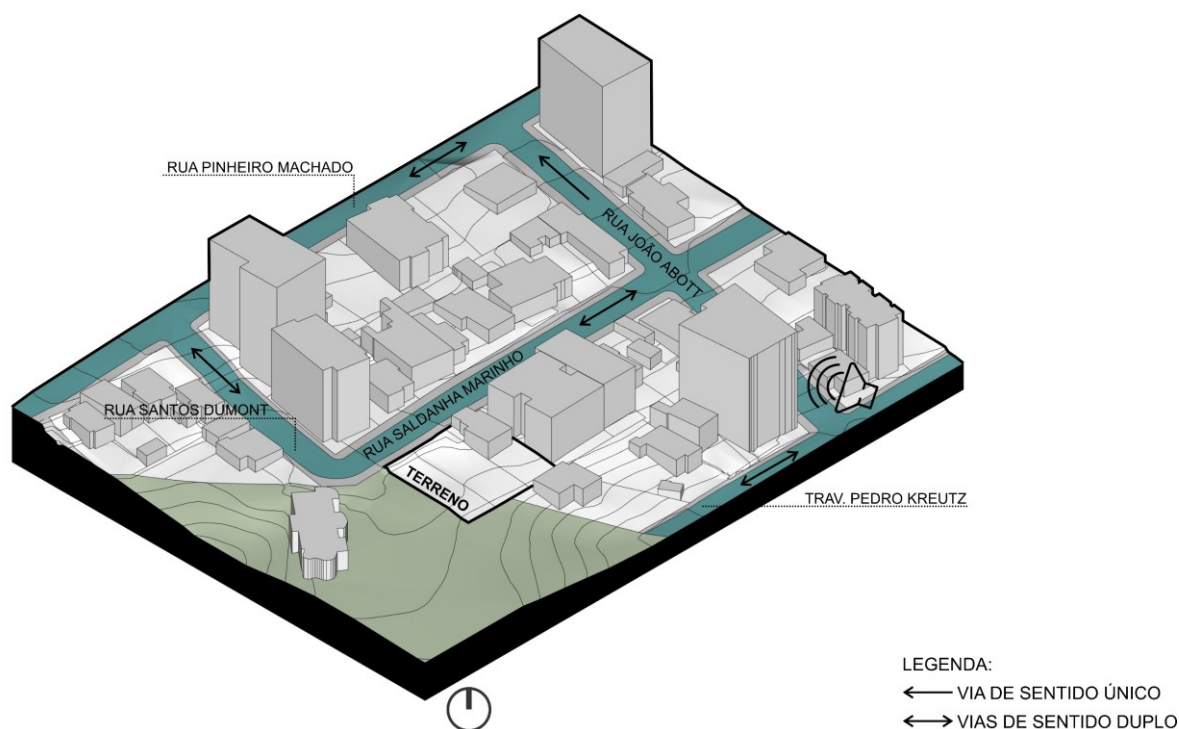
Figura 7 - Diagrama de usos do entorno imediato



Fonte: Da autora (2019).

A Rua João Abbott apresenta o maior fluxo de veículos, e por este motivo gera maior quantidade de ruídos. É uma via de sentido único que recebe o trânsito de diversas vias transversais, bem como as linhas de ônibus urbanos e intermunicipais. A via do lote, correspondente à Saldanha Marinho, assim como as vias paralelas, possuem sentidos únicos com baixo movimento veicular (figura 8).

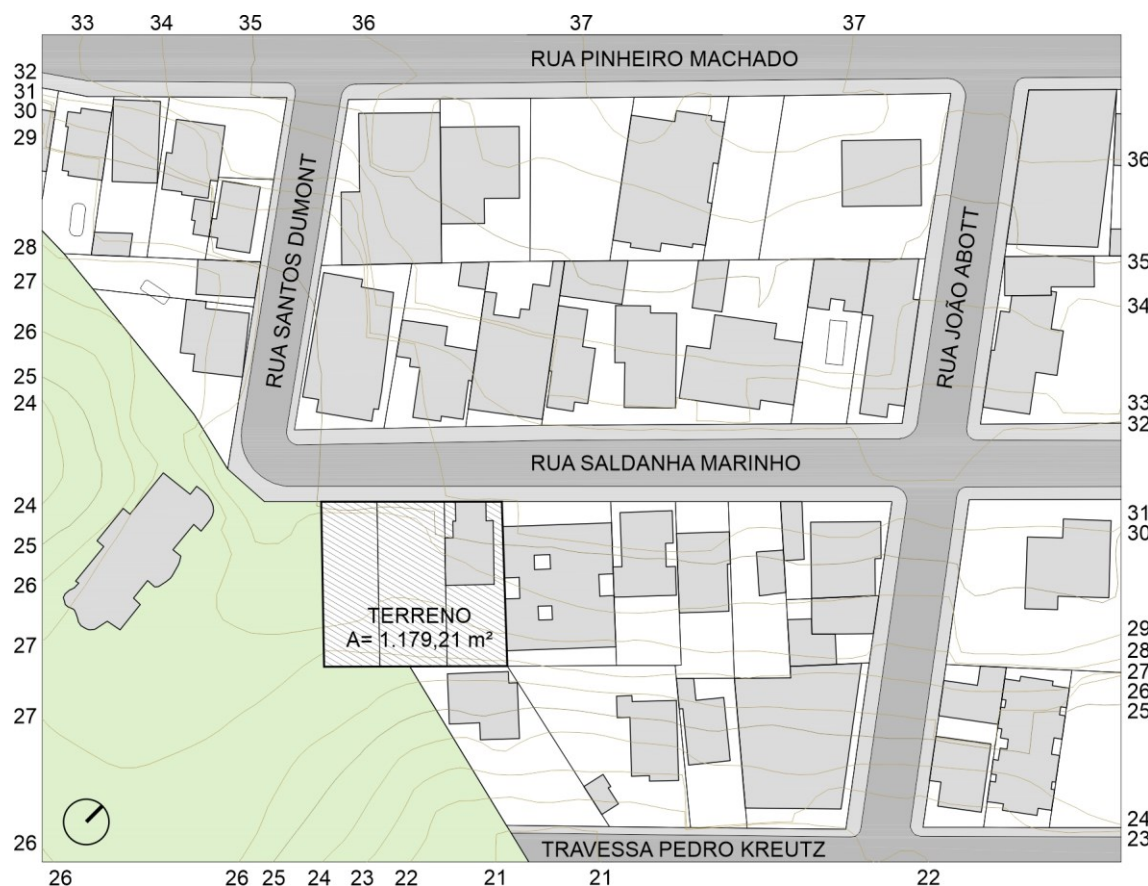
Figura 8 - Diagrama de estrutura viária e ruídos do entorno imediato



Fonte: Da autora (2019).

O local de intervenção se refere a três terrenos, sendo dois desocupados e um com pré-existência que será retirada para a elaboração do projeto. Confronta-se pela frente com a rua Saldanha Marinho, em uma quadra formada ainda pela Rua João Abbott, Travessa Pedro Kreutz e área do Parque dos Dick. A região possui topografia acentuada, sendo decrescente na direção norte-sul.

Figura 9 - Implantação ampliada do terreno (Escala 1/1500)



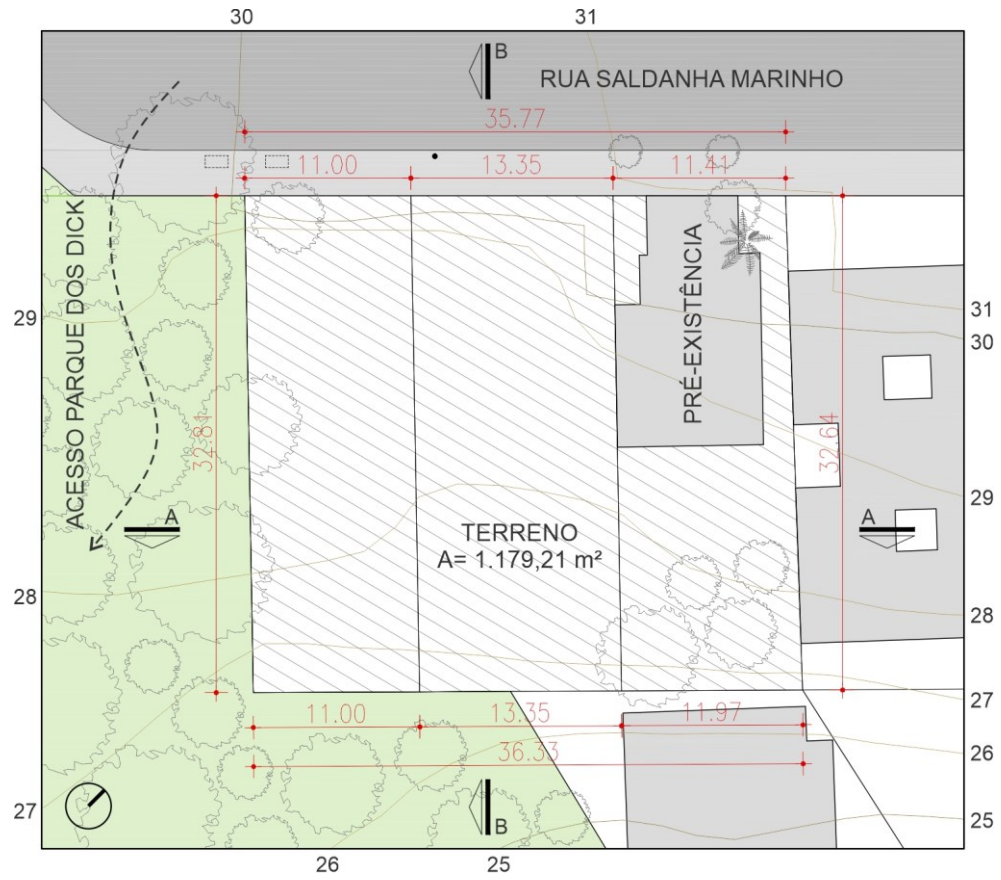
Fonte: Da autora (2019).

O terreno possui 35,77 metros de testada no alinhamento da Rua Saldanha Marinho e em sua outra extremidade que faz divisa com o Parque dos Dick e uma residência vizinha, tem 36,33 metros. Nas dimensões laterais possui 32,64 metros e 32,81 metros, totalizando uma metragem quadrada de 1.179,21 m².

No local de intervenção existem algumas árvores de pequeno e médio porte e uma pré-existência, que será desconsiderada para a criação do projeto arquitetônico. Na calçada há um poste de luz de madeira e duas lixeiras.

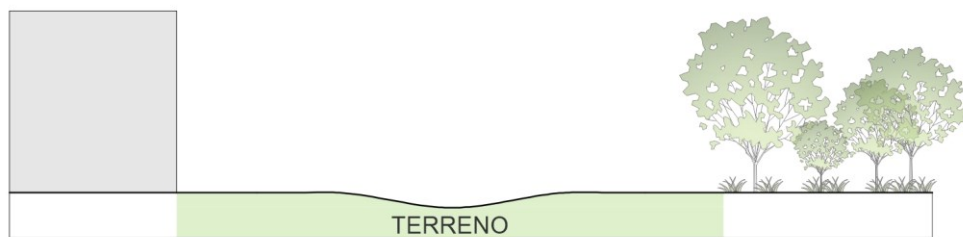
Observa-se que a topografia é representada por quatro curvas de nível, respectivamente as cotas de nível 27, 28, 29 e 30, ocasionando, em relação à rua, um desnível total de quatro metros. Outro fator importante, no qual foi um dos influenciadores da escolha do lote, é o acesso direto ao Parque dos Dick. É uma área com arborização apropriada e com passeio peatonal, que se inicia na rua Saldanha Marinho e percorre adentro o parque.

Figura 10 - Implantação reduzida do terreno (Escala 1/500)



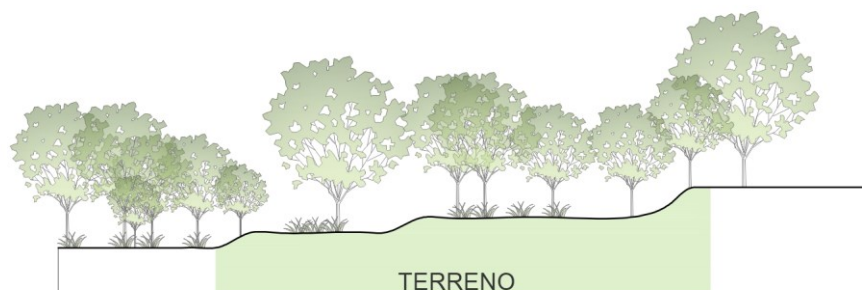
Fonte: Da autora (2019).

Figura 11 - Corte AA (Escala 1/500)



Fonte: Da autora (2019)

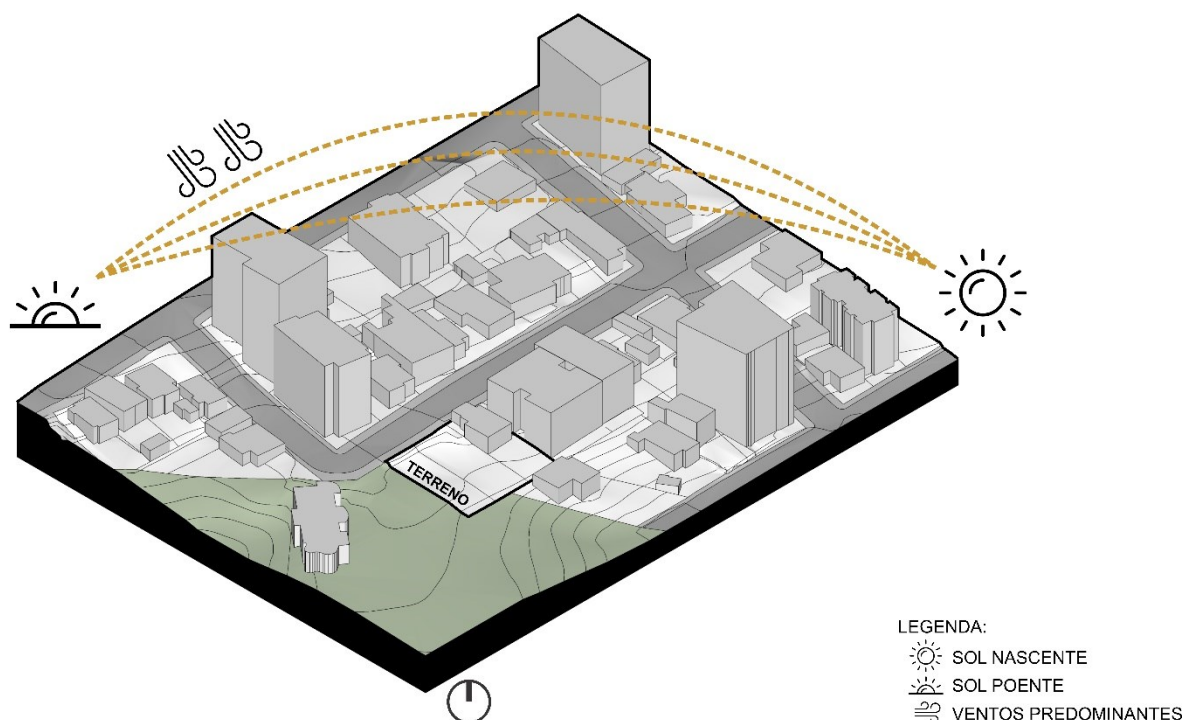
Figura 12 - Corte BB (Escala 1/500)



Fonte: Da autora (2019).

A posição solar que abrange a testada do terreno corresponde a noroeste, ocasionando a fácil presença da luz do sol. A direção dos ventos que predomina anualmente no município de Lajeado, segundo estudos de Tomasini (2011), é a norte-noroeste (NNW).

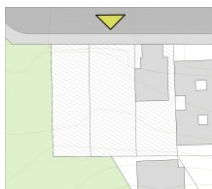
Figura 13 - Diagrama da orientação solar e ventos predominantes do entorno imediato



Fonte: Da autora (2019).

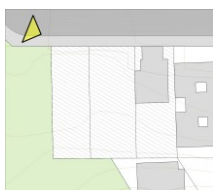
3.5 Levantamento fotográfico

Figura 14 - Área de intervenção, foto 1



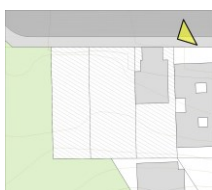
Fonte: Da autora (2019).

Figura 15 - Área de intervenção, foto 2



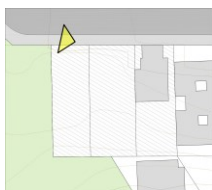
Fonte: Da autora (2019).

Figura 16 - Área de intervenção, foto 3



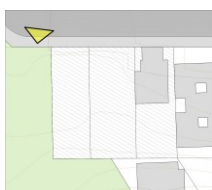
Fonte: Da autora (2019).

Figura 17 - Área de intervenção, foto 4



Fonte: Da autora (2019).

Figura 18 - Área de intervenção, foto 5



Fonte: Da autora (2019).

4 PROGRAMA DE NECESSIDADES

4.1 Apresentação do programa

O projeto da nova sede busca atender as demandas existentes do CAPS Infantil de Lajeado, assim como demandas externas vindas de parcerias do município e região. O atendimento é voltado para crianças e adolescentes, oferecendo vivências coletivas que respeitem e valorizem a individualidade dos usuários, proporcionando momentos de cuidado em saúde significativos, integrais e acessíveis.

O programa foi desenvolvido com base nos estudos de casos realizados nas cidades de Porto Alegre e Lajeado, complementado com as necessidades e expectativas impostas pelos usuários. A estrutura física está organizada em quatro grandes setores: administrativo/serviços, ambientoterapia, clínico e público. Incorporado a esta setorização, estão os usos destinados a cada ambiente, como demonstra a Tabela 1, tornando o empreendimento apto para responder às demandas destinadas.

Tabela 1 - Programa de necessidades

SETOR	AMBIENTE	UNIDADES	ÁREA UNITÁRIA	TOTAL
Administrativo/Serviços	Refeitório	1	80 m²	80 m²
	Cozinha	1	40 m²	40 m²
	Copa funcionários	1	20 m²	20 m²
	Administração	1	40 m²	40 m²
	Sala estagiários	1	40 m²	40 m²
	Recepção	2	20 m²	40 m²
	Sala de Reunião	1	40 m²	40 m²
	Sanitários	2	20 m²	40 m²
	Vestiários	2	20 m²	40 m²
	Depósito geral	1	20 m²	20 m²
	Depósito limpeza	1	20 m²	20 m²
	Guarda volumes	1	20 m²	20 m²
	Estacionamento	5	12 m²	60 m²
	Subtotal			500 m²
Ambientoterapia	Sala Grupos¹	4	40 m²	160 m²
	Espaço cinema	1	40 m²	40 m²
	Informática	1	40 m²	40 m²
	Salão de recreação	1	80 m²	80 m²
	Sala de acolhida²	2	20 m²	40 m²
	Sala terapêutica³	1	40 m²	40 m²
	Horta	1	40m²	40 m²
	Playground	1	40 m²	40 m²
	Subtotal			480 m²
	¹Grupos separados por idade e transtorno mental			
	²Para quando haver agudização do quadro clínico			
³Atendimento fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/fonoaudiólogo				
Clínico	Sala de acolhimento¹	1	20 m²	20 m²
	AT individual	3	20 m²	80 m²
	AT família	3	20 m²	60 m²
	Enfermagem	1	20 m²	20 m²
	¹Primeira conversa com o usuário e sua família			
Subtotal			180 m²	
Público	Biblioteca	1	80 m²	80 m²
	Sala dos pais	1	40 m²	40 m²
	Auditório	1	140 m²	140 m²
	Pátio	1	100 m²	100 m²
	Subtotal			360 m²
ÁREA TOTAL 1.520 m²				

Fonte: Da autora (2019)

4.2 Justificativa do programa

O programa de necessidades foi criado a partir dos estudos de casos e o próprio CAPSi, com base nos ambientes utilizados, atividades existentes e as carências relatadas. Todos os casos analisados e visitados estão implantados em edificações existentes⁶ e de uso residencial. Esta situação limita os espaços internos no que se refere a área edificada e podem impedir a ampliação dos serviços.

4.3 Condicionantes Legais

4.3.1 Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de Lajeado – Lei nº 7.650/2006

De acordo com o mapa de zoneamento do uso do solo urbano de Lajeado, o lote destinado ao projeto arquitetônico está localizado na Unidade Territorial de Planejamento 7 (UTP 7) considerado Unidade Territorial Especial (UTE). Com este fundamento inicial o plano diretor estabelece diretrizes (tabela 2) quanto à atividade permitida (AT), ao índice de aproveitamento (IA), à taxa de ocupação (TO), à altura (H) e ao recuo de jardim (RC), as quais devem ser cumpridas para a iniciação do projeto de uma edificação.

Tabela 2 - Índices urbanísticos do plano diretor

		AT	IA	TO	H	RC
UTP 7	UTR	01	01	01	01	02
	UTRP	03	06	02	02	03
	UTM	05	02	02	02	02
	PCS	07	07	03	06	05
	UTCS ⁵	06 ⁵	02 ⁵	02 ⁵	02 ⁵	02 ⁵
	CCS	08	07	03	06	05
	UTE	09	10	06	07	01
	UTI	11	04	04	06	04

Fonte: Plano Diretor de Lajeado

⁶ Não foram autorizadas fotografias dos ambientes dos locais citados, da mesma forma em que não há informação sobre as metragens totais edificadas.

O código 09 determinado na tabela 2 no item atividade, corresponde à unidade territorial especial. De acordo com este item, o Plano Diretor do município de Lajeado define algumas diretrizes para a elaboração do projeto, no que confere a atividade específica:

Art. 23 Áreas Especiais (A.E.) são as que requerem regime urbanístico especial, condicionado às suas peculiaridades no que se refere a:

I - características de localização, situação, condição topográfica, proteção à saúde pública e ao patrimônio ambiental, nos seus aspectos ecológicos, paisagísticos e culturais;

II - equipamentos urbanos, programas e projetos governamentais implantados em sua área.

Art. 25 As Áreas Especiais serão instituídas por Decreto do Executivo Municipal, mediante proposta do SIMPLA, observadas as disposições a elas relativas, constantes desta Lei.

Art. 26 Do ato que instituir Área Especial constarão:

I - seus limites;

II - as principais características que lhe conferirem peculiaridade, nos termos do artigo 25 desta Lei, em especial a potencialidade de interesse ambiental;

III - a indicação dos planos e programas que nela devam ser executados quando for o caso;

IV - as diretrizes gerais de uso e ocupação do solo e exploração econômica, inclusive quanto às atividades, obras e serviços permissíveis, vedadas ou sujeitas a parecer prévio, que devam prevalecer até a instituição do regime urbanístico, ser observado na área identificada como especial mediante Lei específica.

Os artigos 96 e 97 do Plano Diretor desta cidade, explicam a definição do índice de aproveitamento (tabela 3) como sendo um instrumento de controle urbanístico que estabelece os limites máximos de área de construção, relacionando as áreas máximas de construção permitidas e as áreas dos terrenos nos quais serão edificadas os projetos. Atua no controle das densidades populacionais.

Tabela 3 - Índice de aproveitamento

ÍNDICE DE APROVEITAMENTO			
CÓDIGO	REGIME		
01	IR = 2,00	ICS = 1,00	II = 1,00
02	IR = 3,00	ICS = 3,00	II = 1,00
03	IR = 4,00	ICS = 6,00	II = 2,00
04	IR = 0,50	ICS = 1,00	II = 2,50
05	IR = 4,00	ICS = 2,00	II = 1,00
06	IR = 3,00	ICS = 3,00	II = 1,00
07	IR = 3,00	ICS = 6,00	II = 2,00
08	IR = 0,75 ⁴	ICS = 0,50	II = 1,00
09	IR = 4,00	ICS = 6,00	II = 1,00
10	ÍNDICE DEFINIDO MEDIANTE ESTUDO DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO		

Fonte: Plano Diretor de Lajeado

A taxa de ocupação é o instrumento de controle urbanístico que relaciona as projeções horizontais máximas de construção permitidas e as áreas dos terrenos a serem edificados, definida pelo artigo 101, do Plano Diretor de Lajeado (tabela 4).

Tabela 4 - Taxa de ocupação

TAXA DE OCUPAÇÃO			
CÓDIGO	REGIME		
01	TO = $\frac{2}{3}$		
02	TO RESID. E MISTA = $\frac{3}{4}$	TO COM. E SERV. = $\frac{2}{3}$	TO INDL. = $\frac{2}{3}$
03	TO RESID. = $\frac{3}{5}$ TO COM. E SERV. MISTA E INDUSTRIAL S/RECUO = $\frac{2}{3}$ TO COM. E SERV. MISTA E INDUSTRIAL S/RECUO DE FRENTE, MAS COM RECUO LATERAL DESDE O TÉRREO DE 1,5M = $\frac{3}{4}$ TO COM. E SERV. MISTA E INDUSTRIAL C/RECUO MÍNIMO DE 2,00 M = $\frac{3}{4}$ TO COM. E SERV. MISTA E INDUSTRIAL C/RECUO MÍNIMO DE 2,00 M DE FRENTE E COM RECUO LATERAL DESDE O TÉRREO DE 1,5M = $\frac{4}{5}$ (Texto alterado pela Lei 7.865/07) TO COM. E SERV. MISTA E INDUSTRIAL C/RECUO MÍNIMO DE 4,00 M = $\frac{4}{5}$ AS QUADRAS AO LONGO DAS RUAS: JULIO, BENJAMIN BENTO E PASQUALINI, PODERÃO OCUPAR 100% DO LOTE PARA SUBSOLO COM USO DE ESTACIONAMENTO		
04	TO RESID. E COM. E SERV. = $\frac{1}{2}$ TO INDUSTRIAL = $\frac{2}{3}$		
05	TO = $\frac{2}{3}$ TO RESID. = $\frac{1}{2}$ SOMENTE PARA UTRURAL (Texto alterado pela Lei 8.308/10)		
06	TAXA DEFINIDAS MEDIANTE ESTUDO DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO, RESPEITANDO UM MÁXIMO DE $\frac{1}{2}$.		

Fonte: Plano Diretor de Lajeado

No Plano Diretor, o artigo 105 faz relação ao dimensionamento volumétrico das edificações, estabelecendo as alturas máximas de construção permitidas para o terreno o qual acende a edificação. Alguns dos critérios adotados neste instrumento de controle urbanístico atuam na preservação das características volumétricas existentes das edificações, melhores condições de insolação e aeração entre edificações vizinhas entre outros aspectos visuais e vegetação existente (tabela 5).

Tabela 5 - Altura das edificações

CÓDIGOS	ALTURA DAS EDIFICAÇÕES
05	LIVRE, TODOS OS PRÉDIOS COM MAIS DE 3 PAVIMENTOS DEVERÃO MANTER DESDE O SOLO OU A PARTIR DO 4º PAVIMENTO EXCLUSIVE, AFASTAMENTO DE FRENTE, LATERAIS E FUNDOS EQUIVALENTES A 1,00m PARA CADA PAVIMENTO ADICIONADO, CONTADOS SEMPRE A PARTIR DO PAVIMENTO ANTERIOR. * PARA CONSTRUÇÕES NO RECUO DE FUNDOS, A ALTURA MÁXIMA SERÁ DE 5,00m (CINCO METROS), INCLUSIVE O TELHADO.
06	ALTURA LIVRE * PARA CONSTRUÇÕES NO RECUO DE FUNDOS, A ALTURA MÁXIMA SERÁ DE 5,00m (CINCO METROS), INCLUSIVE O TELHADO.
07	ALTURAS DEFINIDAS MEDIANTE ESTUDO DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO. * PARA CONSTRUÇÕES NO RECUO DE FUNDOS, A ALTURA MÁXIMA SERÁ DE 5,00m (CINCO METROS), INCLUSIVE O TELHADO.
08	HABITAÇÃO UNIFAMILIAR E COLETIVA = 7,00m (SETE METROS). COMÉRCIO E SERVIÇO SERÁ DE 7,00m (SETE METROS) OU 2 PAVIMENTOS, NÃO CONTANDO PILOTIS. * PARA CONSTRUÇÕES NO RECUO DE FUNDOS, A ALTURA MÁXIMA SERÁ DE 5,00m (CINCO METROS), INCLUSIVE O TELHADO. <small>(Texto alterado pela Lei 8.308/10)</small>

Fonte: Plano Diretor de Lajeado

Os padrões de recuos para ajardinamento estabelecidos no artigo 113 do Plano Diretor estabelecem medidas mínimas para áreas destinadas a presença de elementos naturais, pavimentação e fluidez, quando na valorização da paisagem urbana nas áreas residenciais e pavimentação e fluidez da circulação de pedestres nas áreas comerciais e de serviço (tabela 6).

Tabela 6 - Recuos de Jardim

PADRÕES DE RECUOS PARA AJARDINAMENTO		
CÓDIGO	REGIME	
01	J = RECUOS DEFINIDOS MEDIANTE ESTUDO DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO E NUNCA INFERIORES A 4,00m.	
02	J = 4,00m	
03	JR = 2,00m (terrenos < ou = a 300m ²)	JCS = 4,00m
	JR = 4,00m (terrenos > 300m ²)	JI = 4,00m
04	J = 6,00m	
05	JCS = ISENTO DE AJARDINAMENTO	JR = 4,00m
06	J = 4,00m	
07	J = 8,00m	

Fonte: Plano Diretor de Lajeado

4.3.2 Código de edificações de Lajeado - Lei nº 5848/96 de 20 de dezembro de 1996

O Código de Edificações de Lajeado (1996) determina regras gerais e específicas de acordo com as legislações estadual e federal, nas quais os projetos, construções, usos e manutenções de edificações devem cumprir. O princípio desta lei é assegurar níveis mínimos de qualidade que alcancem a habitabilidade, durabilidade e segurança. Para a elaboração do projeto arquitetônico da presente pesquisa, algumas regras podem ser destacadas:

Art. 24 - Os terraços construídos junto a divisa, ou a menos de 1,50 m da mesma, deverão possuir muro de 1,80 m de altura.

Art. 25 - Os muros que subdividem um pátio de ventilação e iluminação, principal ou secundário, aberto ou fechado, não poderão ultrapassar a altura de 2,00 m, a não ser que cada um dos pátios resultantes satisfaça, independentemente, as condições exigidas por este Código.

Art. 26 - Os muros de divisas poderão ter no máximo 2,00 m de altura em relação ao nível natural do terreno.

§ 1º - Quando for necessária a construção de muros com altura superior a 2,00 m a licença será analisada caso a caso pelo órgão competente, e deverá ter anotação de responsabilidade técnica.

§ 2º - Será obrigatório a construção de muro nas divisas, com altura de 2,0 m, nos logradouros providos de pavimentação, e que são utilizados como depósito ao ar livre.

Art. 42 - As paredes de alvenaria de tijolos da edificação deverão ter as seguintes espessuras mínimas:

a) um tijolo mínimo de 20 cm para as paredes construídas nas divisas dos lotes ou a menos de 80 cm destes;

b) meio tijolo, mínimo de 15 cm para as paredes internas e externas situadas a 80 cm ou mais, das divisas dos lotes;

c) tijolo a cutelo ou 10 cm, para as paredes de simples vedação, como paredes de armários embutidos e divisões internas de compartimentos sanitários.

Art. 44 - As paredes internas, que constituírem divisões entre as economias distintas, deverão ter 20 cm de espessura mínima.

Art. 47 - As fachadas poderão ter, acima de 2,50 m, saliências não computáveis como área de construção desde que atendam as seguintes condições:

I - formem molduras ou motivos arquitetônicos e não constituam área de piso;

II - não ultrapassem em suas projeções, no plano horizontal a 50 cm.

§ 1º - Serão admitidas saliências para a instalação de aparelhos de ar condicionado central (desde que as dimensões horizontais do aparelho fiquem contidas no volume estabelecido para as sacadas previstas pelo PDDI) nos afastamentos laterais, (em função da altura), atendendo, ainda as seguintes condições:

I - sejam construídas em material resistente ao fogo;

II - a altura máxima do aparelho seja de 1,50 m;

III - o aparelho diste, no mínimo, 1,50 m das divisas;

IV - a emissão de ruído do aparelho enquadre-se nos padrões admitidos pela legislação do impacto ambiental;

V - seja instalado, no máximo, um aparelho por unidade autônoma, devendo a água de condensação ser recolhida e canalizada.

Art. 59 - As portas terão, no mínimo, altura de 2,10 m e largura de:

I - 1,10 m para portas de enfermaria e de lojas;

II - 0,90 m para as portas de entrada principal de edifícios em geral, e unidades autônomas;

III - 0,80m para as portas principais de acesso à cozinhas, lavanderias e sanitários de uso público;

IV - 0,60 m para banheiro e seus compartimentos;

V - 2,20 m para portas de garagens.

§ 1º - A largura mínima das portas ser aumentada nos casos previstos na norma NB-208 (NBR 9077).

§ 2º - Em qualquer caso nenhuma porta pode ter largura inferior a 0,60 cm.

Art. 60 - Nos locais de reunião de público, as portas deverão ter, no mínimo, a mesma largura dos corredores, com abertura no sentido do escoamento e estar afastadas 2,00 m de qualquer anteparo.

Art. 63 - As escadas deverão ter largura de acordo com as exigências da NBR nº 9.077, que regulamenta a Lei de Prevenção Contra Incêndio. (Vide Lei nº 5994/1997)

Art. 64 - O dimensionamento dos degraus será feito de acordo com a fórmula de Blondel: $2h + b = 0,63$ a $0,64$ (onde h é altura de degraus e b é a largura), obedecendo aos seguintes limites:

a) altura entre 15 cm e 18 cm;

b) a largura mínima de 15 cm e altura máxima de 20 cm para as escadas descritas no artigo 65, Parágrafo Único (uso secundário).

Art. 65 - Na escada em leque ser obrigatório a largura mínima de 7 cm. junto ao bordo interno de degrau, para as de uso secundário e privativo, e de 15 cm para uso coletivo.

Art. 68 - As rampas destinadas ao uso de pedestres terão:

I - passagem livre com altura mínima de 2,10 m;

II - largura mínima de:

a) 90 cm para o interior de unidades autônomas;

b) 1,20 m para uso comum em prédios de habitação coletiva;

c) 1,50 m para uso comum em prédios comerciais e de serviços;

III - declividade máxima correspondente a 10%;

IV - piso anti-derrapante;

V - corrimão.

Art. 69 - As rampas destinadas a veículos terão:

I - passagem livre com altura mínima de 2,20 m;

II - declividade máxima de 20%;

III - largura mínima de 2,75 m; (Vide Lei nº 5994/1997)

a) 3 m quando destinadas a um único sentido de trânsito;

b) 5 m quando destinadas a dois sentidos de trânsito.

IV - piso anti-derrapante.

Art. 107 - São edificações não residenciais, aquelas destinadas à instalação de atividades comerciais, de prestação de serviços, industriais e institucionais.

Art. 108 - As edificações não residenciais deverão ter:

I - pé-direito mínimo de 2,80 m até 50 m², 3,00 m até 150 m² e 3,50 m acima disto;

II - estrutura e entrepisos resistentes ao fogo (exceto prédios de uma unidade autônoma, para atividades que não causem prejuízos ao entorno, a critério do Município);

III - materiais e elementos da construção de acordo com o título VII (exceto o capítulo II para prédios de uma unidade autônoma, para atividades que não causem prejuízos ao entorno, a critério do Município);

Art. 111 - Os sanitários deverão ter, no mínimo o seguinte:

I - pé-direito de 2,40;

II - paredes até a altura de 1,50 m e pisos revestidos com material liso, lavável, impermeável e resistente;

III - vaso sanitário e lavatório;

IV - quando coletivo, um conjunto de acordo com a norma NB-833 (NBR 9050);

V - incomunicabilidade direta com cozinhas;

VI - dimensões tais que permitam a instalação dos aparelhos, garantindo:

a) acesso aos mesmos, com largura não inferior a 55 cm;

b) afastamento de 15 cm entre os mesmos;

c) afastamento de 20 cm entre a lateral dos aparelhos e das paredes.

Parágrafo Único - Para fins de dimensionamento dos sanitários serão consideradas as seguintes dimensões mínimas:

Lavatório - 50 cm x 40 cm

Vaso e Bidê - 40 cm x 60 cm

Local para Chuveiro - área mínima de 0,63 m² e largura tal que permita a inscrição de um círculo com diâmetro mínimo de 70 cm.

Art. 112 - Refeitórios, cozinhas, copas, depósitos de gêneros alimentícios (despesas), lavanderias e ambulatórios deverão:

I - ser dimensionados conforme equipamento específico

II - ter piso e paredes até a altura mínima de 2,00 m, revestidos com material liso, lavável, impermeável e resistente.

Art. 125 - As edificações destinadas a cinemas, teatros, auditórios e assemelhados, além das disposições que lhe forem aplicáveis, satisfazer as seguintes condições:

I - ter parede de material incombustível;

II - ter as galerias, quando existentes, um pé-direito, no ponto mais desfavorável, um mínimo de 2,60 m e ocupando, no máximo, 1/4 da área da sala de projeção ou sala dos espectadores;

III - ter vãos que permitam a ventilação permanente através de pelo menos 1/10 de sua superfície;

IV - ter instalações sanitárias para uso de ambos os sexos, devidamente separados, com fácil acesso, obedecendo as seguintes proporções mínimas, para a metade da lotação:

a) Homens: um vaso sanitário para cada 300 pessoas; um lavatório para cada 250 pessoas; um mictório para cada 150 pessoas;

b) Mulheres: um vaso sanitário para cada 250 pessoas; um lavatório para cada 250 pessoas;

V - ter os corredores completa independência, relativamente às economias contíguas e superpostas;

VI - quando teatro, ter sala de espera contígua de fácil acesso à sala de espetáculos com área mínima de 0,20 m² por pessoa, calculada sobre a capacidade total;

VII - ser equipados, no mínimo, com renovação mecânica de ar;

VIII - ter instalação de energia elétrica de emergência;

IX - ter isolamento acústico;

X - ter acessibilidade em 2% das acomodações e dos sanitários para portadores de deficiência física.

§ 1º - Em auditórios de estabelecimentos de ensino, poderá ser dispensada a exigência dos incisos I, II, IV e VI, devendo haver possibilidade de uso dos sanitários existentes em outras dependências do prédio.

Art. 136 - São consideradas garagens não comerciais as que forem construídas no lote, em subsolo ou em um ou mais pavimentos de edifícios de uso residencial e não residencial.

Parágrafo Único - Normas relativas às garagens não comerciais deverão ser observadas no Art. 216, da Lei nº 4.788, de 05/06/92, que institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado.

Art. 137 - As edificações destinadas a garagens não comerciais, além das disposições do presente Código que lhes forem aplicáveis, deverão ter:

I - pé-direito mínimo de 2,40 m com passagem livre mínima de 2,10 m;

II - vão de entrada com largura mínima de 2,75 metros e, no mínimo, dois vãos de 2,50 metros quando comportar mais de 50 locais para estacionamentos, com a devida sinalização luminosa. (Vide Lei nº 5994/1997)

III - os locais de estacionamento para cada carro, largura mínima de 2,40 m, livre, e comprimento mínimo de 4,60m., numerados sequencialmente;

IV - ter vãos de ventilação permanente de acordo com o Anexo 4.

§ 1º - Os locais de estacionamento para cada carro, a distribuição dos pilares na estrutura e a circulação prevista, deverão permitir a entrada e saída independente para cada veículo.

§ 2º - O corredor de circulação deverá ter largura mínima de 3,00 m, 3,50 m, 4,00 m ou 5,00 m quando os locais de estacionamento formarem em relação aos mesmos, ângulos de até 30 graus, 45 graus, 60 graus ou 90 graus respectivamente.

§ 3º - Não serão permitidas quaisquer instalações de abastecimento, lubrificação ou reparos em garagens não comerciais.

§ 4º - O rebaixamento dos meios-fios de passeios para os acessos de veículos, não poderá exceder a extensão de 7,00 m para cada vão de entrada, nem ultrapassar a extensão de 50% da testada do lote, com afastamento mínimo, entre eles, de 4,00 m.

Art. 164 - O reservatório dever ficar em área de condomínio, assim como o seu acesso, não podendo localizar-se junto às divisas.

Parágrafo Único - Em volta do reservatório, no fundo e sobre o mesmo, deverá haver um espaço de no mínimo 0,60 m.

Art. 189 - Será obrigatória a instalação de, no mínimo um elevador, nas edificações em geral com mais de dois pavimentos, que apresentarem entre o piso do pavimento de menor cota e o piso do pavimento de maior cota, distância vertical superior a 10,90 m de, no mínimo, dois elevadores, no caso desta distância será superior a 21,90 m.

Tabela 7 - Classificação das atividades por ocupação/uso

OCUPAÇÃO/USO		DIV	DESCRIÇÃO	EXEMPLO	TIPO EDIFÍCIO	*
H	SERVIÇO DE SAÚDE E INSTITUCIONAIS	H-1	Hospitais veterinários e assemelhados	Hospitais, clínicas e consultórios veterinários e assemelhados (inclui alojamento com ou sem adestramento).	Hospital casa	4
		H-2	Locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais	Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, reformatórios sem celas, etc.	Tipologia específica	4
		H-3	Hospitais e assemelhados	Hospitais casas de saúde, prontos-socorros, clínicas com internação, ambulatórios e postos de atendimento de urgência, postos de saúde e puericultura, etc.	Hospital casa	5
		H-4	Prédios e instalações vinculados às forças armadas, polícias civil e militar	Quartéis, centrais de polícia, delegacias distritais, postos policiais, etc.	Tipologia específica	5
		H-5	Locais onde a liberdade das pessoas sofre restrições	Hospitais psiquiátricos, reformatórios, prisões em geral e instituições assemelhadas	Tipologia específica	7

Fonte: Da autora, adaptado do código de edificações de Lajeado

Tabela 8 - Padrões para dimensionamento de circulações, cálculo da população/capacidade da unidade de passagem

OCUPAÇÃO/USO			CÁLCULO DA POPULAÇÃO	CAPACIDADE nº de pessoa/unidade de passagem	
				Corredores	Escadas
H	Serviços de saúde e institucionais	H-1	1 pessoa/9m ² de área bruta		
		H-4	1 pessoa/9m ² de área bruta em setores administrativos, 1 pessoa/3m ² de área de alojamentos	100	60
		H-2	1,5 pessoa/leito	30	22
		H-3			
		H-5			

Fonte: Da autora, adaptado do código de edificações de Lajeado

Tabela 9 - Padrões para dimensionamento do reservatório de consumo

PADRÕES PARA DIMENSIONAMENTO DO RESERVATÓRIO DE CONSUMO		
A Residencial	200 L/pessoa	2 pessoas/dormitório até 12,00 m ²
		3 pessoas/dormitório com mais de 12,00 m ²
D-1 Locais para prestação de serviços profissionais ou condução de negócios	50 L/pessoa	1 pessoa/cada 15,00 m ² de área de sala
Demais ocupações		conforme legislação específica

Fonte: Da autora, adaptado do código de edificações de Lajeado

Tabela 10 - Padrões para dimensionamento do reservatório de hidrantes

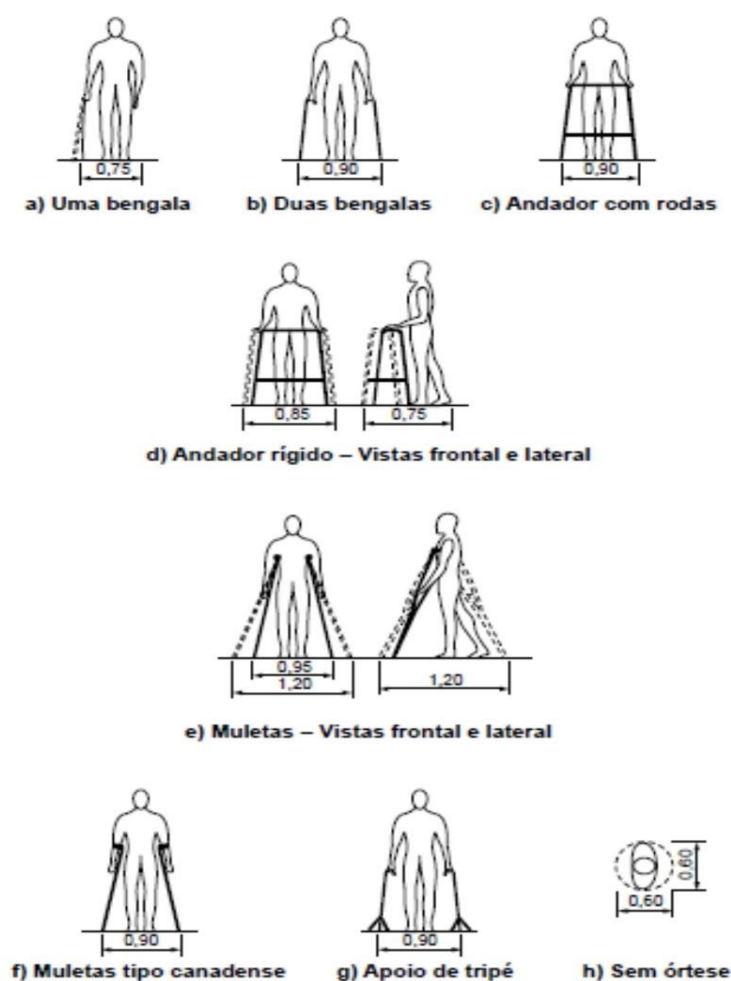
TIPO DE ATIVIDADE	VOLUME
Residencial	10.000 L
Prestação de serviços profissionais, pessoais e técnicos, sem estacionamentos	
Prestação de serviços profissionais, pessoais e técnicos, com estacionamentos	12.000 L
Outras atividades de risco pequeno	
Postos de serviço, garagens com abastecimento, depósitos de líquidos combustíveis e inflamáveis e depósitos de GLP acima de 520kg	15.000 L
Atividades de risco médio	30.000 L
Atividades de risco grande	54.000 L

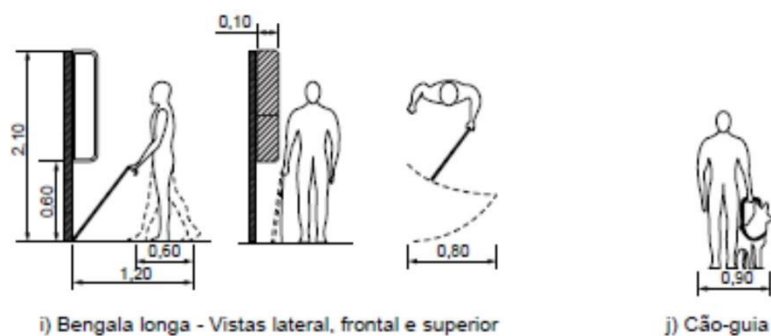
Fonte: Da autora, adaptado do código de edificações de Lajeado

4.3.3 NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (2015)

A ABNT NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos visa proporcionar para a maior quantidade possível de usuários, independente da condição, a utilização de edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e outros equipamentos de forma autônoma, estabelecendo critérios e parâmetros técnicos para a adequação de qualquer projeto, edificação ou instalação às condições de acessibilidade. Os parâmetros de referência que serão utilizados para o projeto estão explanados a seguir em forma de figuras, conforme segue. As dimensões referenciais antropométricas consideradas pela norma está entre 5% a 95% da população brasileira.

Figura 19 - Dimensões referenciais para deslocamento de pessoa em pé

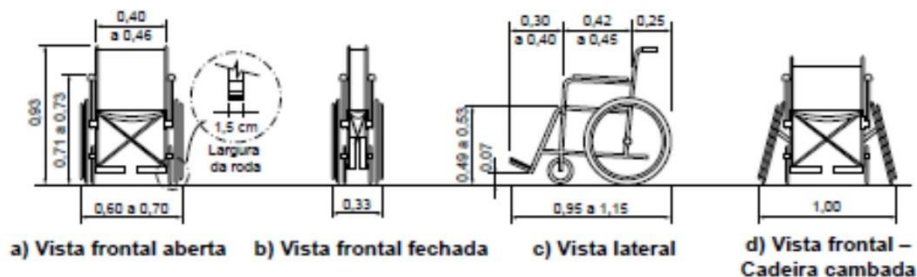




Fonte: NBR 9050 (2015)

A norma NBR 9050 apresenta as dimensões referenciais para cadeiras de rodas manuais ou motorizadas, sem *scooter* (reboque). As exemplificações são representadas pela Figura 20:

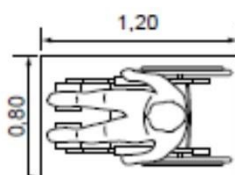
Figura 20 - Cadeira de rodas manual, motorizada e esportiva



Fonte: NBR 9050 (2015)

Para indicar a área de interferência no piso, ocupada por uma pessoa em cadeira de rodas, motorizada ou não, a ABNT NBR 9050 considera o módulo de referência (M.R.) com dimensões de 0,80m por 1,20m, como apresentado na Figura 21, a seguir:

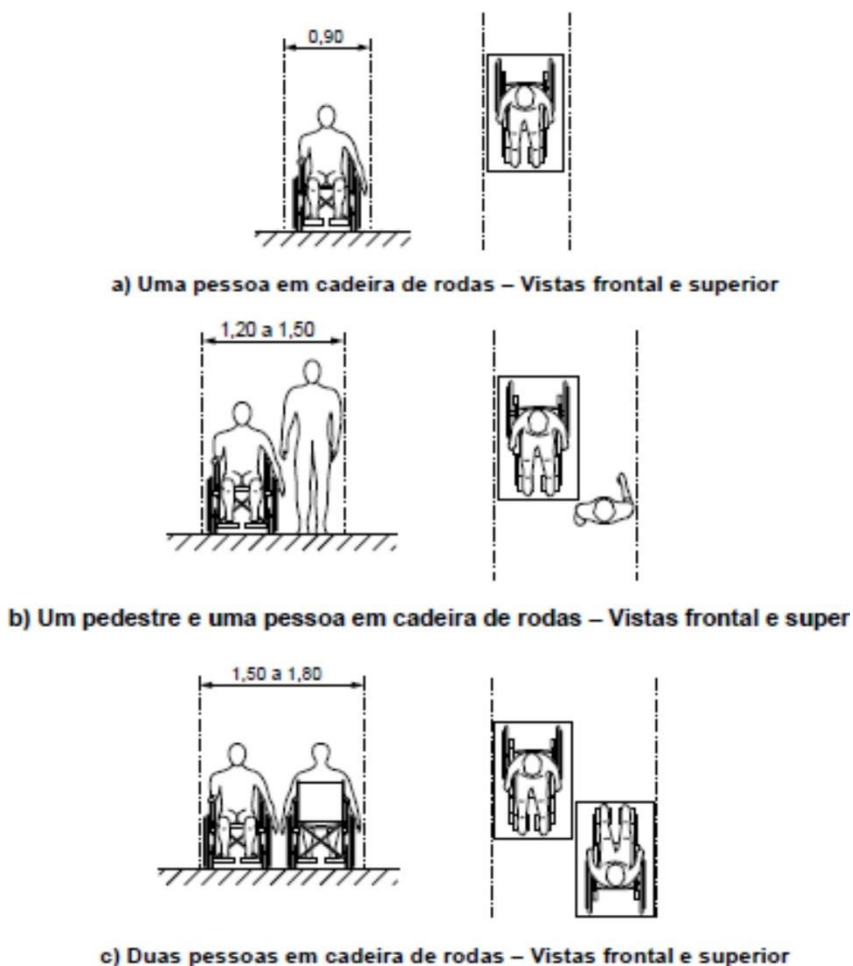
Figura 21 - Dimensões do módulo de referência (M.R.)



Fonte: NBR 9050 (2015)

No que se refere as áreas de circulação e manobra, a ABNT NBR 9050 estabelece as dimensões referenciais de deslocamento em linha reta para cadeirantes, como mostra na Figura 22:

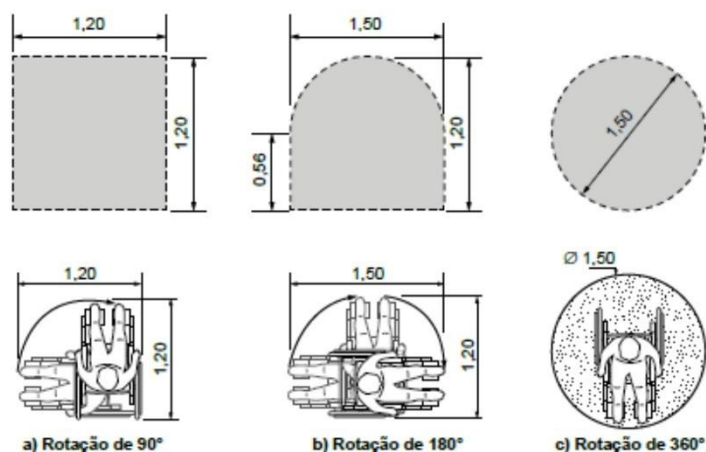
Figura 22 - Largura para deslocamento em linha reta



Fonte: NBR 9050 (2015)

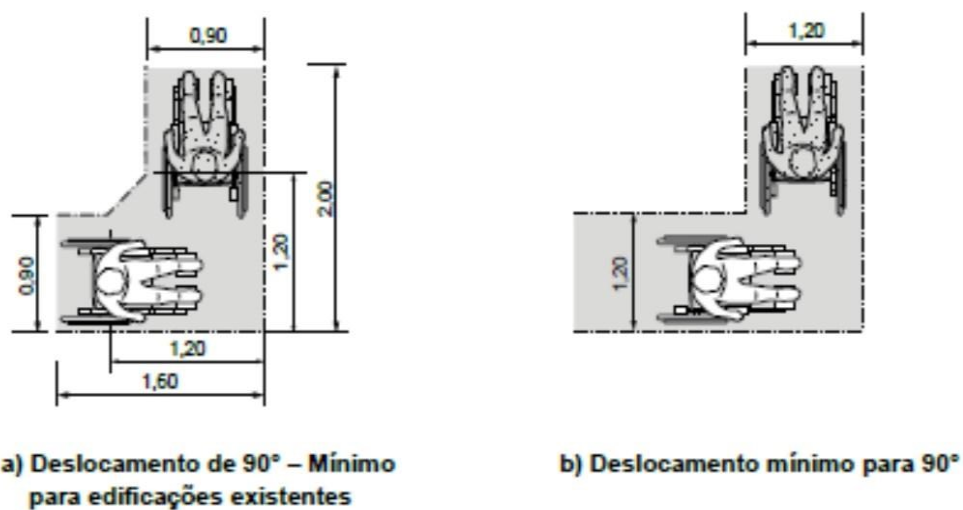
Com a Figura 23 e Figura 24, respectivamente, a NBR 9050 determina as dimensões necessárias para manobra de cadeira de rodas sem e com deslocamento:

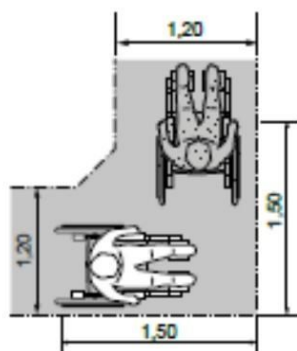
Figura 23 - Área para manobra de cadeira de rodas sem deslocamento



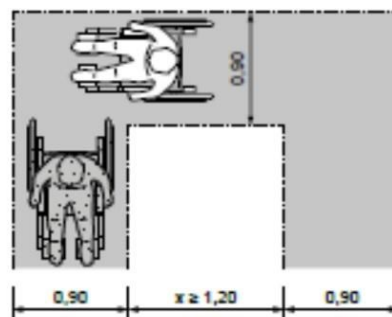
Fonte: NBR 9050 (2015)

Figura 24 - Área para manobra de cadeiras de rodas com deslocamento (a, b, c, d, e, f)

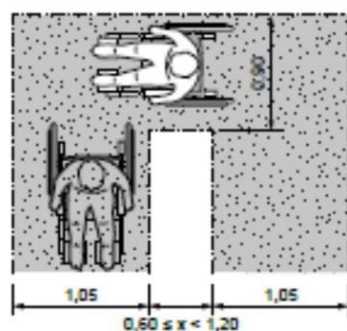




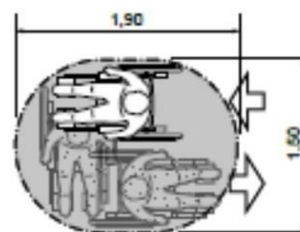
c) Deslocamento recomendável para 90°



d) Deslocamento consecutivo de 90° com percurso intermediário – Caso 1



e) Deslocamento consecutivo de 90° com percurso intermediário – Caso 2



f) Deslocamento de 180°

Fonte: NBR 9050 (2015)

As rotas de fuga são regulamentadas pelas ABNT NBR 9077 e outras regulamentações locais contra situações de incêndio e pânico. As portas de acesso integradas a estas rotas devem ser dotadas de barras antipânico, conforme ABNT NBR 11785.

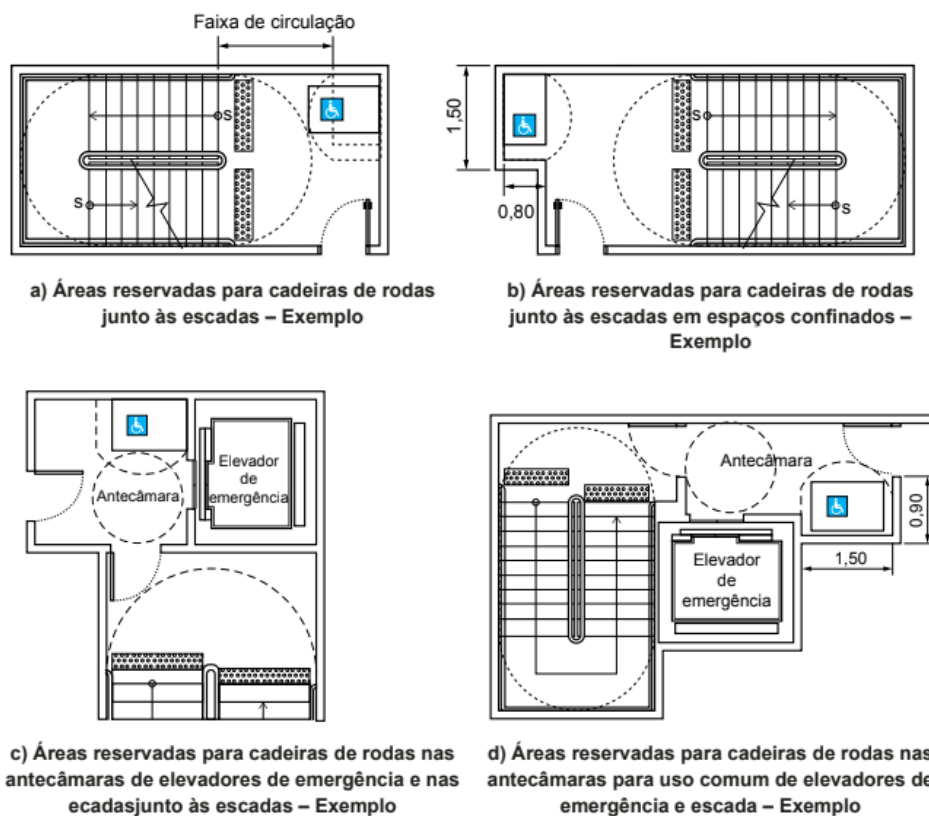
Quando escadas de emergência ou elevadores de emergência incorporarem as rotas de fuga, a ABNT NBR 9050 estabelece que deve existir áreas de resgate com espaço específico para o posicionamento de pessoas em cadeiras de rodas, de acordo com o M.R., sendo no mínimo um M.R. a cada 500 pessoas de lotação, por pavimento e um para cada elevador e cada escada de emergência. O quantitativo de M.R. pode ser compartilhado quando a antecâmara das escadas e elevadores forem comuns.

De acordo com a ABNT NBR 9050, a área de resgate deve:

- a) estar localizada fora do fluxo principal de circulação;
- b) garantir área mínima de circulação e manobra para rotação de 180°, e quando localizada em nichos, devem ser respeitados os parâmetros mínimos;
- c) ser ventilada;
- d) ser provida de dispositivo de emergência ou intercomunicador;
- e) deve ter o M.R. sinalizado.

A Figura 25 representa alguns exemplos de área de resgate:

Figura 25 - Área reservada para cadeira de rodas em área de resgate – Exemplos



Fonte: NBR 9050 (2015)

As rampas são definidas pela ABNT NBR 9050 como sendo superfícies de piso com declividade igual ou superior a 5%. Para o seu dimensionamento são definidos limites máximos de inclinação, desníveis a serem vencidos e o número máximo de segmentos.

A inclinação das rampas é dada pela equação abaixo:

$$i = \frac{h \times 100}{c}$$

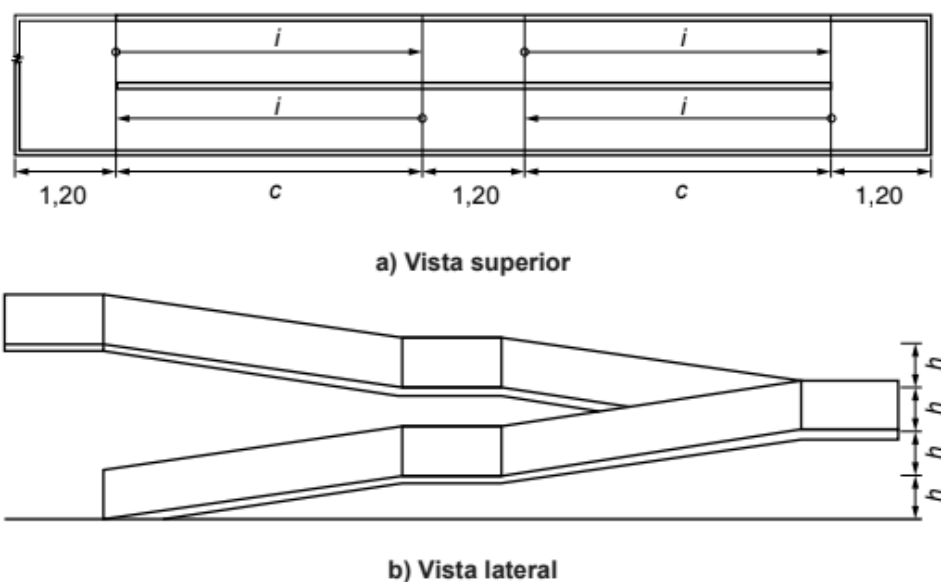
onde

i é a inclinação, expressa em porcentagem (%);

h é a altura do desnível;

c é o comprimento da projeção horizontal.

Figura 26 - Dimensionamento de rampas



Fonte: NBR 9050 (2015)

A Tabela 11, estabelece os limites de inclinação para rampas acessíveis. É recomendado para inclinação entre 6,25 % e 8,33 %, criar áreas de descanso nos patamares, a cada 50 m de percurso.

Tabela 11 - Dimensionamento de rampas

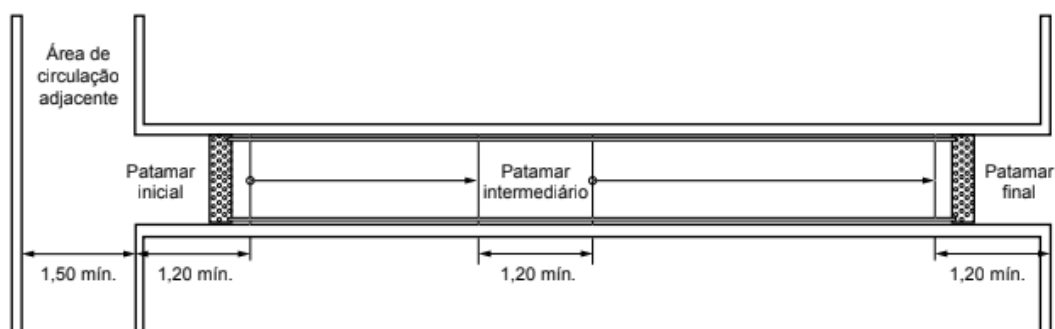
Desníveis máximos de cada segmento de rampa h m	Inclinação admissível em cada segmento de rampa i %	Número máximo de segmentos de rampa
1,50	5,00 (1:20)	Sem limite
1,00	$5,00 (1:20) < i \leq 6,25 (1:16)$	Sem limite
0,80	$6,25 (1:16) < i \leq 8,33 (1:12)$	15

Fonte: NBR 9050 (2015)

A largura das rampas (L) deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas, sendo a largura livre mínima admissível para rampas acessíveis de 1,20m. Toda rampa deve possuir corrimão de duas alturas em cada lado e devem incorporar elementos de segurança quando não houver paredes laterais.

Ainda de acordo com a ABNT NBR 9050, os patamares no início, no término e intermediários das rampas devem ter dimensão longitudinal mínima de 1,20 m, conforme Figura 27. Os patamares situados em mudanças de direção devem ter dimensões iguais à largura da rampa.

Figura 27 - Patamares das rampas – Vista superior



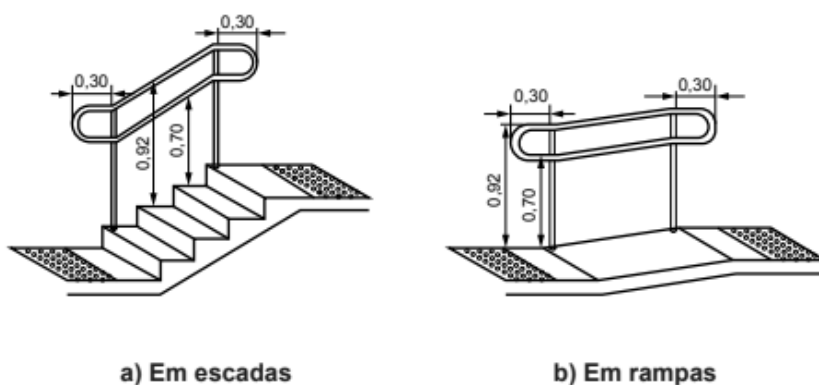
Fonte: NBR 9050 (2015)

Os corrimãos podem ser acoplados aos guarda-corpos e devem ser construídos com materiais rígidos, garantindo condições seguras de utilização. Devem ser instalados em rampas e escadas, em ambos os lados, a 0,92 m e a 0,70 m do piso, medidos da face superior até o ponto central do piso do degrau (no caso de escadas) ou do patamar (no caso de rampas), conforme Figura 28. Quando se

tratar de degrau isolado, basta uma barra de apoio horizontal ou vertical, com comprimento mínimo de 0,30 m e com seu eixo posicionado a 0,75 m de altura do piso.

Os corrimãos laterais devem ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas e rampas, e prolongar-se paralelamente ao patamar, por pelo mínimo por 0,30 m nas extremidades, não gerando interferência com áreas de circulação. As extremidades dos corrimãos devem ter acabamento recurvado e sem protuberâncias.

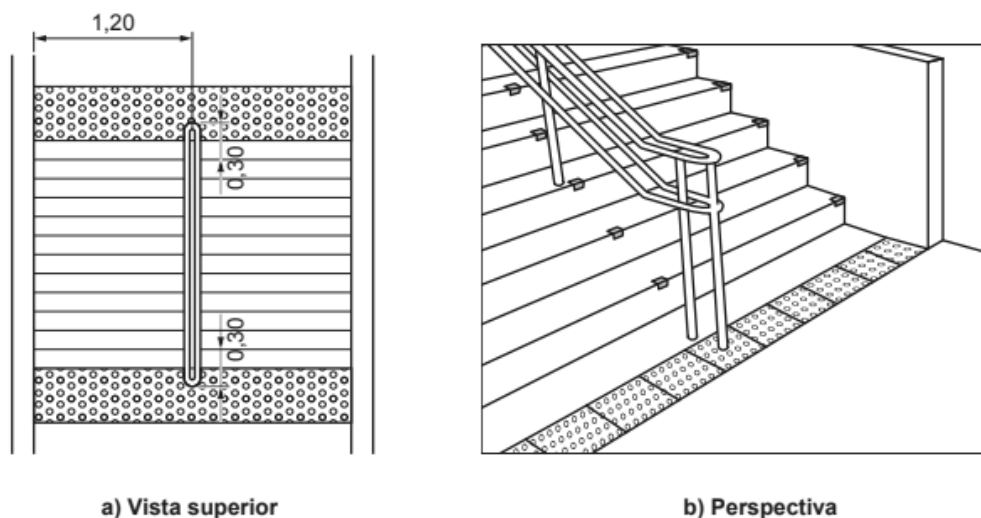
Figura 28 - Corrimãos em escada e rampa



Fonte: NBR 9050 (2015)

A instalação de corrimão duplo é permitida em escadas e degraus de maior amplitude quando respeitando a largura mínima de 1,20 m, em ambos os lados, conforme Figura 29.

Figura 29 - Corrimão central

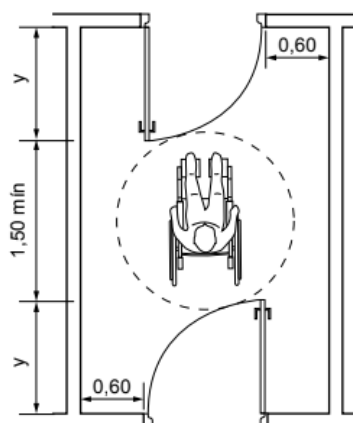


Fonte: NBR 9050 (2015)

Para facilitar a abertura de portas às pessoas em cadeiras de rodas, a ABNT NBR 9050 estabelece algumas diretrizes quanto as dimensões das circulações internas e espaçamentos entre elementos conforme segue:

Para a utilização das portas em sequência, é necessário um espaço de transposição com um círculo de 1,50 m de diâmetro, somado às dimensões da largura das portas (y), exemplificado na Figura 30, além dos 0,60 m ao lado da maçaneta de cada porta, para permitir a aproximação de uma pessoa em cadeira de rodas.

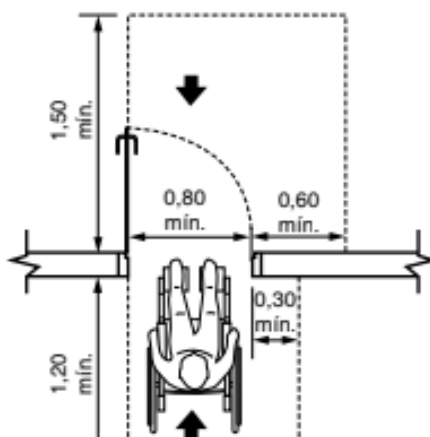
Figura 30 - Espaço para transposição de portas



Fonte: NBR 9050 (2015)

No deslocamento frontal, quando as portas abrirem no sentido do deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de 0,30 m entre a parede e a porta, e quando abrirem no sentido oposto ao deslocamento do usuário, deve existir um espaço livre de 0,60 m, contíguo à maçaneta, conforme a Figura 31.

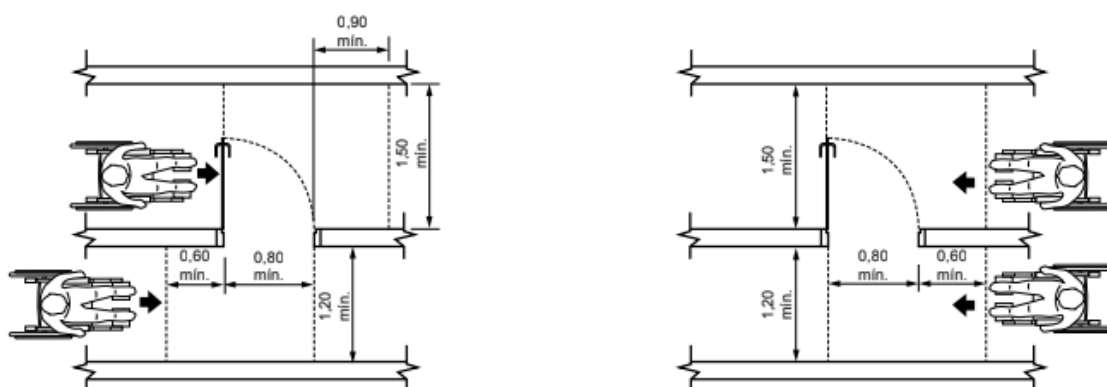
Figura 31 - Deslocamento frontal



Fonte: NBR 9050 (2015)

No deslocamento lateral, deve ser garantido 0,60 m de espaço livre de cada um dos lados, conforme Figura 32. Quando as edificações não puderem atender as dimensões mínimas acessíveis para a abertura de portas, deve-se instalar dispositivos eletrônicos que possibilitem a autonomia dos usuários.

Figura 32 - Deslocamento lateral

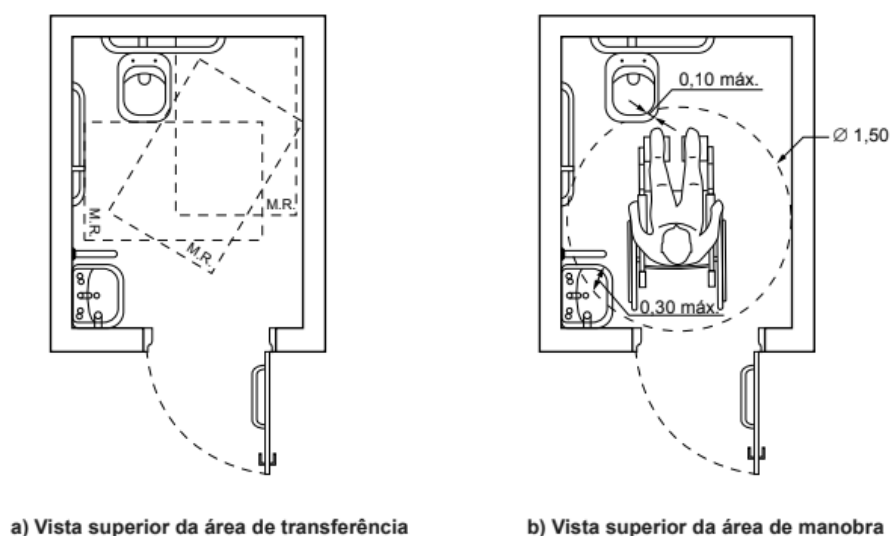


Fonte: NBR 9050 (2015)

No que se refere a dimensões do sanitário acessível e do boxe sanitário acessível, a ABNT NBR 9050 estabelece que os mesmos devem garantir o posicionamento das peças sanitárias visando:

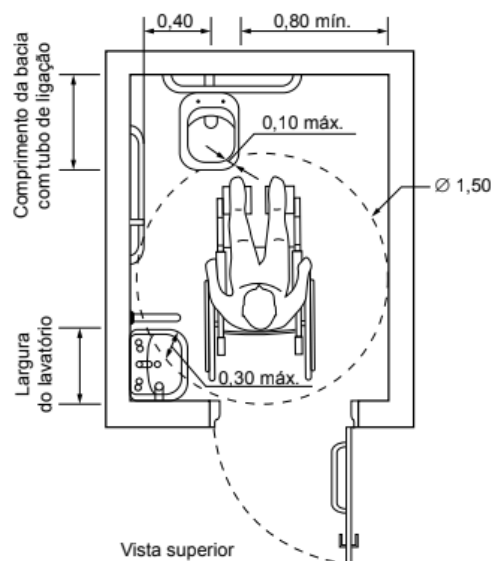
- a) circulação com o giro de 360°;
- b) área necessária para garantir a transferência lateral, perpendicular e diagonal para a bacia sanitária;
- c) a área de manobra pode utilizar no máximo 0,10 m sob a bacia sanitária e 0,30 m sob o lavatório.

Figura 33 - Áreas de transferência e manobra para uso da bacia sanitária



Fonte: NBR 9050 (2015)

Figura 34 - Medidas mínimas de um sanitário acessível



Fonte: NBR 9050 (2015)

4.3.4 NBR 9077 – Saídas de Emergência em edifícios (2001)

A NBR 9077 estabelece normas para Saídas de Emergência em edifícios de acordo com a população da edificação, fazendo o dimensionamento das mesmas para garantir segurança e eficiência para os usuários. As instruções são fornecidas através das tabelas a seguir que determinam a classificação da edificação em relação à ocupação, altura, dimensões em planta e características construtivas.

Tabela 12 - Classificação das edificações quanto à sua ocupação

Grupo	Ocupação/Usos	Divisão	Descrição	Exemplos
H	Serviços de saúde e institucionais	H-1	Hospitais veterinários e assemelhados	Hospitais, clínicas e consultórios veterinários e assemelhados (inclui-se alojamento com ou sem adestramento)
		H-2	Locais onde pessoas requerem cuidados especiais por limitações físicas ou mentais	Asilos, orfanatos, abrigos geriátricos, reformatórios sem celas e outros
		H-3	Hospitais e assemelhados	Hospitais, casas de saúde, prontos-socorros, clínicas com internação, ambulatórios e postos de atendimento de urgência, postos de saúde e puericultura e outros
		H-4	Prédios e instalações vinculados às forças armadas, polícias civil e militar	Quartéis, centrais de polícia, delegacias distritais, postos policiais e outros
		H-5	Locais onde a liberdade das pessoas sofre restrições	Hospitais psiquiátricos, reformatórios, prisões em geral e instituições assemelhadas

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 13 - Classificação das edificações quanto à altura

	Tipo de edificação	Alturas contadas da soleira de entrada ao piso do último pavimento, não consideradas edículas no ático destinadas a casas de máquinas e terraços descobertos (H)	
Código	Denominação		
K	Edificações térreas	Altura contada entre o terreno circundante e o piso da entrada igual ou inferior a 1,00 m	
L	Edificações baixas	$H \leq 6,00 \text{ m}$	
M	Edificações de média altura	$6,00 \text{ m} < H \leq 12,00 \text{ m}$	
N	Edificações medianamente altas	$12,00 \text{ m} < H - 30,00 \text{ m}$	
O	Edificações altas	0 - 1	$H > 30,00 \text{ m}$ ou
		0 - 2	Edificações dotadas de pavimentos recuados em relação aos pavimentos inferiores, de tal forma que as escadas dos bombeiros não possam atingi-las, ou situadas em locais onde é impossível o acesso de viaturas de bombeiros, desde que sua altura seja $H > 12,00 \text{ m}$

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 14 - Classificação das edificações quanto às suas dimensões em planta

Natureza do enfoque		Código	Classe da edificação	Parâmetros de área
α	Quanto à área do maior pavimento (s_p)	P	De pequeno pavimento	$s_p < 750 \text{ m}^2$
		Q	De grande pavimento	$s_p \geq 750 \text{ m}^2$
β	Quanto à área dos pavimentos atuados abaixo da soleira de entrada (s_s)	R	Com pequeno subsolo	$s_s < 500 \text{ m}^2$
		S	Com grande subsolo	$s_s \geq 500 \text{ m}^2$
γ	Quanto à área total S_t (soma das áreas de todos os pavimentos da edificação)	T	Edificações pequenas	$S_t < 750 \text{ m}^2$
		U	Edificações médias	$750 \text{ m}^2 \leq S_t < 1500 \text{ m}^2$
		V	Edificações grandes	$1500 \text{ m}^2 \leq S_t < 5000 \text{ m}^2$
		W	Edificações muito grandes	$A_t \geq 5000 \text{ m}^2$

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 15 - Classificação das edificações quanto às suas características construtivas

Código	Tipo	Especificação	Exemplos
X	Edificações em que a propagação do fogo é fácil	Edificações com estrutura e entrespisos combustíveis	Prédios estruturados em madeira, prédios com entrespisos de ferro e madeira, pavilhões em arcos de madeira laminada e outros
Y	Edificações com mediana resistência ao fogo	Edificações com estrutura resistente ao fogo, mas com fácil propagação de fogo entre os pavimentos	Edificações com paredes-cortinas de vidro ("cristaleiras"); edificações com janelas sem peitoris (distância entre vergas e peitoris das aberturas do andar seguinte menor que 1,00 m); lojas com galerias elevadas e vãos abertos e outros
Z	Edificações em que a propagação do fogo é difícil	Prédios com estrutura resistente ao fogo e isolamento entre pavimentos	Prédios com concreto armado calculado para resistir ao fogo, com divisórias incombustíveis, sem divisórias leves, com parapeitos de alvenaria sob as janelas ou com abas prolongando os entrespisos e outros

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 16 - Dados para o dimensionamento das saídas

Ocupação		População ^(A)	Capacidade da U. de passagem		
Grupo	Divisão		Acessos e descargas	Escadas ^(B) e rampas	Portas
H	H-1	Uma pessoa por 7 m ² de área ^(E)	60	45	100
	H-2	Duas pessoas por dormitório ^(C) e uma pessoa por 4 m ² de área de alojamento ^(E)	30	22	30
	H-3	Uma pessoa e meia por leito + uma pessoa por 7,00 m ² de área de ambulatório ^(H)			
	H-4, H-5	† ^(I)	60	45	100

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 17 - Distâncias máximas a serem percorridas

Tipo de edificação	Grupo e divisão de ocupação	Sem chuveiros automáticos		Com chuveiros automáticos	
		Saída única	Mais de uma saída	Saída única	Mais de uma saída
X	Qualquer	10,00 m	20,00 m	25,00 m	35,00 m
Y	Qualquer	20,00 m	30,00 m	35,00 m	45,00 m
Z	C, D, E, F, G-3, G-4, G-5, H, I	30,00 m	40,00 m	45,00 m	55,00 m
	A, B, G-1, G-2, J	40,00 m	50,00 m	55,00 m	65,00 m

Fonte: NBR 9077 (2001)

Tabela 18 - Número de saídas e tipos de escadas

Dimensão		P (área de pavimento ≤ 750 m²)										Q (área de pavimento > 750 m²)									
Altura		K		L		M		N		O		K		L		M		N		O	
Ocupação		N ^{as}	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.	N ^{as}	Tipo esc.
Gr.	Div.																				
H	H-1	1	1	NE	1	NE	-	-	-	-	2	2	NE	2	NE	-	-	-	-	-	-
	H-2	1	1	NE	1	EP	1	PF	1	PF	2	2	NE	2	EP	2	PF	2	PF	2	PF
	H-3	2	2	EP	2	EP	2	PF	2	PF	2	2	EP	2	EP	2	PF	3	PF	3	PF
	H-4	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†
	H-5	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†	†

Fonte: NBR 9077 (2001)

NE = Escada não enclausurada (escada comum);

EP = Escada enclausurada protegida (escada protegida);

PF = Escada à prova de fumaça.

A largura das saídas (dos acessos, descargas, escadas e outros) deve ser dimensionada em função do número de pessoas que por elas deva transitar, observados os seguintes critérios:

a) os acessos são dimensionados em função dos pavimentos que servirem à população;

b) as escadas, rampas e descargas são dimensionadas em função do pavimento de maior população, o qual determina as larguras mínimas para os lanços correspondentes aos demais pavimentos, considerando-se o sentido da saída.

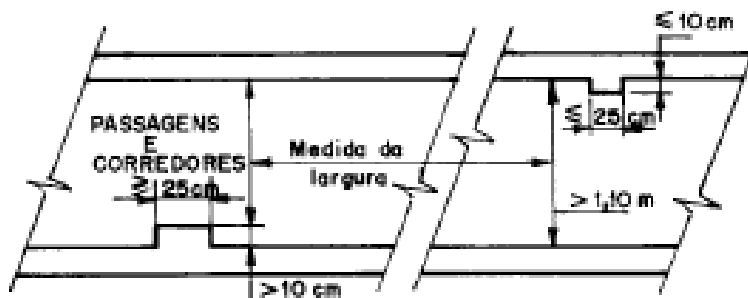
O dimensionamento é dado através da fórmula: $N=P/C$, em que o “N” corresponde ao número de unidades de passagem, arredondado para número inteiro, o “P” significa população e “C” é a capacidade da unidade de passagem. Esta unidade de passagem corresponde ao número de pessoas que passa por esta unidade em 1 minuto, sendo considerado a largura mínima de 0,55 m.

As larguras mínimas a serem adotadas devem seguir as seguintes instruções:

a) 1,10 m, correspondendo a duas unidades de passagem e 55 cm, para as ocupações em geral;

b) A largura das saídas deve ser medida em sua parte mais estreita, não sendo admitidas saliências de alizares, pilares, e outros, com dimensões maiores que as indicadas na Figura 1, e estas somente em saídas com largura superior a 1,10 m.

Figura 1 - Medida da largura em corredores e passagens



Fonte: NBR 9077 (2001)

4.3.5 Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico

de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança

e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

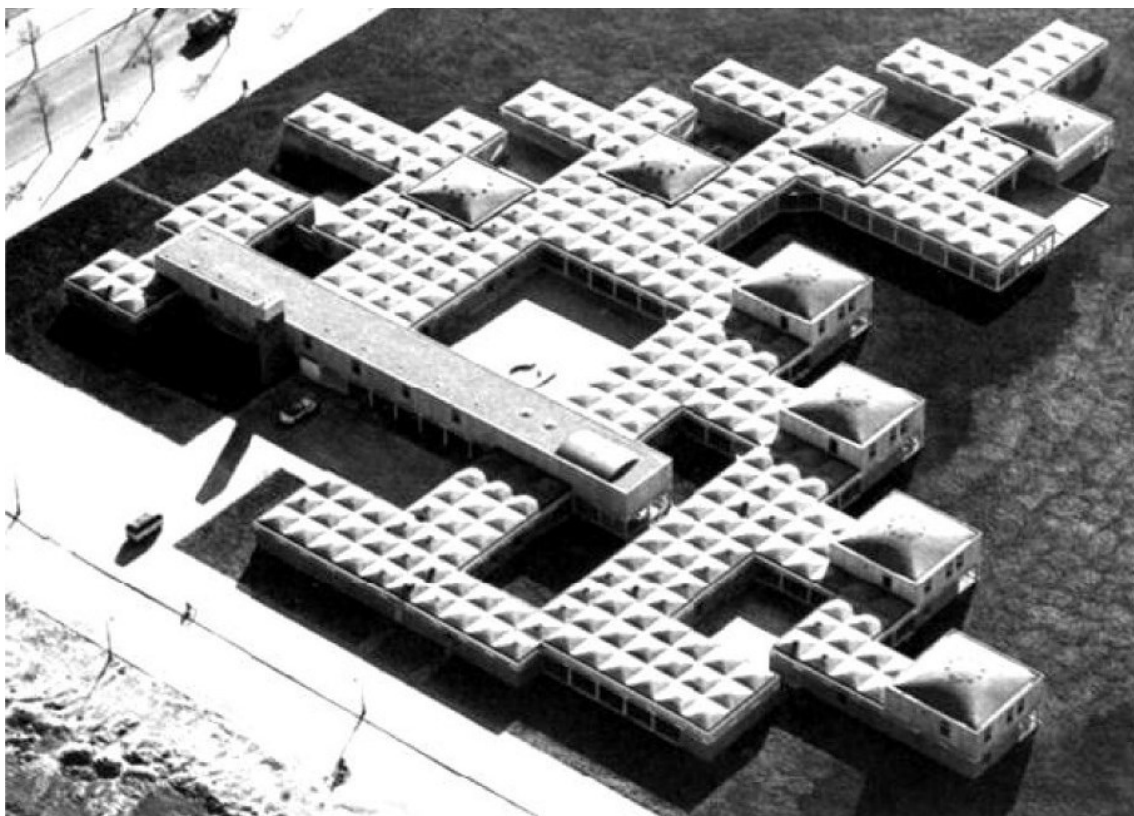
c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

5 REFERENCIAIS ARQUITETÔNICOS

5.1 Orfanato Amsterdã

Figura 35 - Imagem aérea do Orfanato



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-108938/classicos-da-arquitetura-amsterdam-orphanage-slash-aldo-van-eyck?ad_medium=gallery

5.1.1 Dados do projeto

O Orfanato de Amsterdã foi projetado no ano de 1955 pelo arquiteto Aldo Van Eyck. O pedido do diretor do orfanato era de que a edificação deveria ser um lar, mesmo que temporário, agradável e convidativo para abrigar crianças de todas as idades. A construção da edificação de 5.802,85 m², foi realizada no ano de 1960, na cidade de Amsterdã, Holanda.

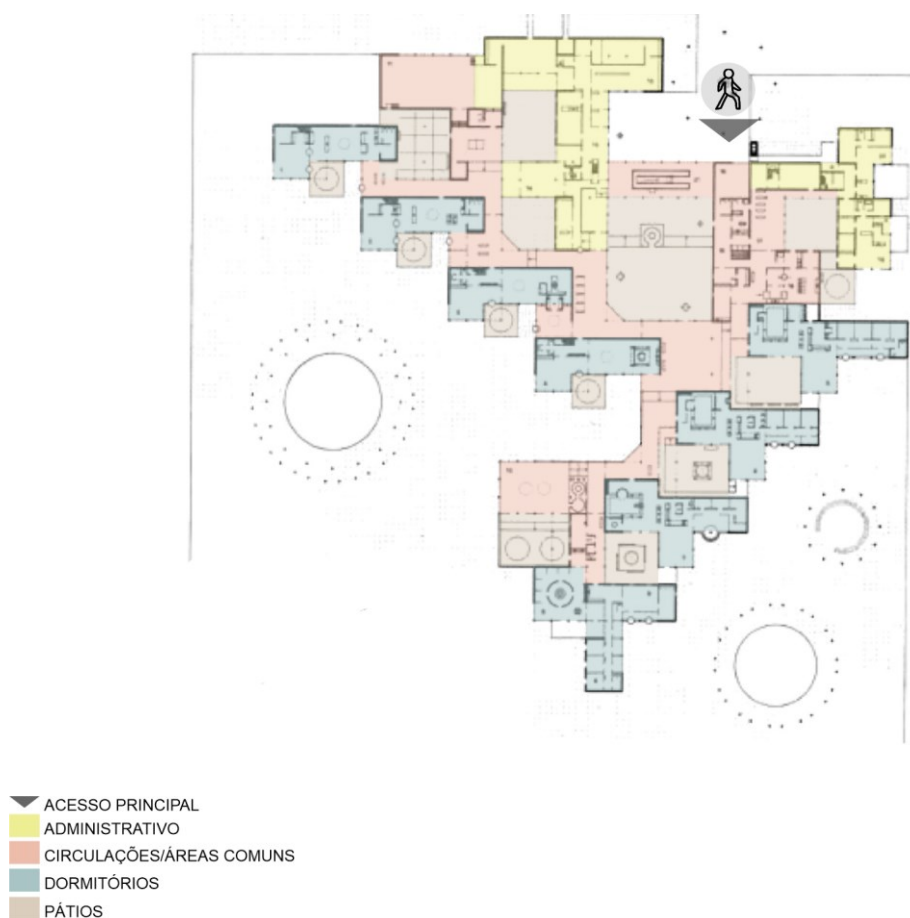
A intenção de projetar um edifício moderno com uma nova visão urbana, e partindo do seu pensamento de que a cidade deveria se comportar como uma grande casa e a casa como uma pequena cidade, o arquiteto cria uma malha para

o projeto e representa uma pequena cidade com ruas, diversos acessos e vazios urbanos. Com essas estratégias buscou-se concretizar o pedido inicial do diretor.

5.1.2 Estrutura formal

Analisando sua estrutura formal, observa-se que a edificação é caracterizada pela grelha, que de acordo com Edson Mahfuz (2016) se trata de “um dos sistemas arquitetônicos mais característicos da arquitetura moderna, na sua essência um conjunto de linhas paralelas que se cruzam ortogonalmente no âmbito de uma forma retangular”. Esta disposição de planta baixa possibilitou diferentes articulações entre os espaços, assim como permitiu diversos pontos de interação e fachadas que se alteram. O programa pode ser zoneado basicamente pelo administrativo, circulações/áreas comuns, dormitórios e pátios.

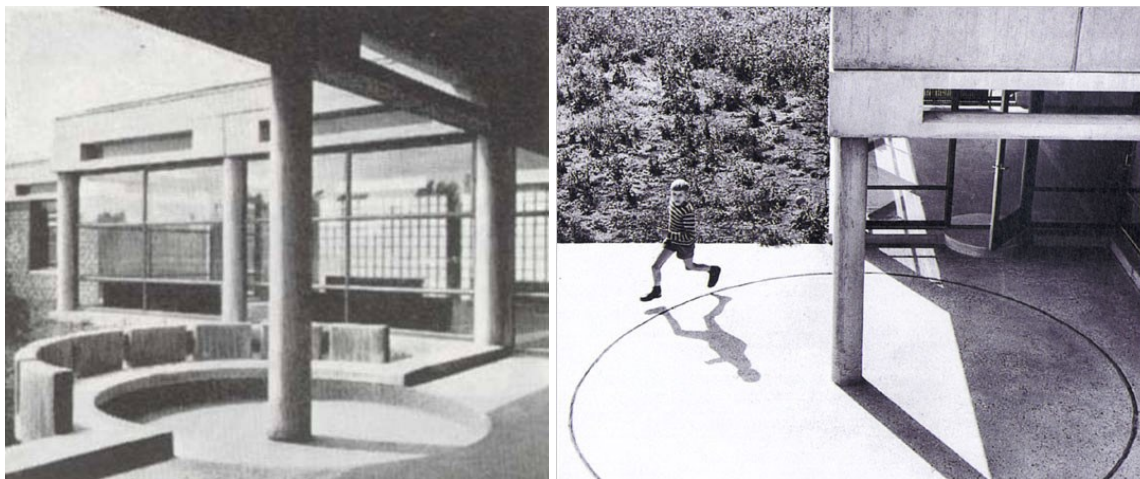
Figura 36 - Planta baixa e zoneamento



Fonte: Da autora, modificado de https://www.archdaily.com.br/br/01-108938/classicos-da-arquitetura-amsterdam-orphanage-slash-aldo-van-eyck?ad_medium=gallery

Entre os blocos, Eych dispôs espaços de transição destinados à convivência com aplicação de bancos, caixas de areia e pequenos espelhos para aguçar a curiosidade das crianças e promover a interação entre elas e com o entorno.

Figura 37 - Espaços externos



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-108938/classicos-da-arquitetura-amsterdam-orphanage-slash-aldo-van-eyck?ad_medium=gallery

5.1.3 Elementos da fachada

A fachada consiste em faces envidraçadas, permitindo a entrada da iluminação natural e a permeabilidade do olhar. Existe também a presença do concreto e do tijolo aparente. Esta combinação de materiais tornam a edificação atemporal.

Figura 38 - Imagem externa do orfanado

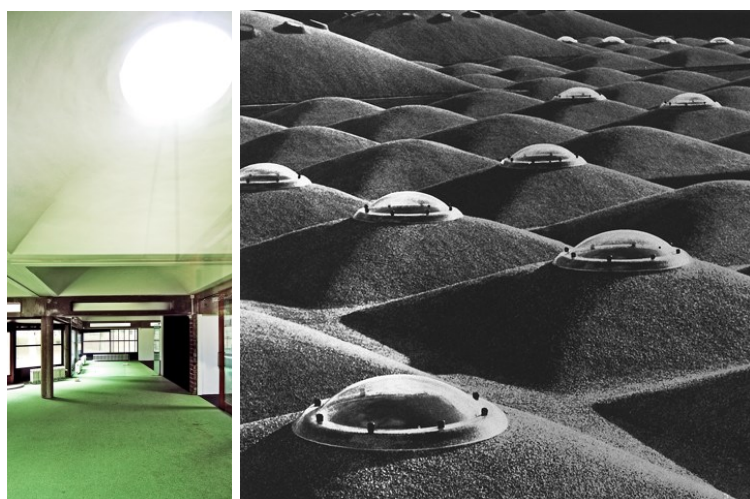


Fonte: <https://archello.com/project/municipal-orphanage>

5.1.4 Iluminação natural

A cobertura do orfanato é abobadada e feita de concreto pré-moldado. Exteriormente a cobertura se mostra sólida, porém no seu interior pode-se perceber as aberturas zenitais distribuídas ao longo de toda a edificação, possibilitando diferentes ambientações, integrando o externo com o interno e aproveitando ainda mais a entrada da iluminação natural.

Figura 39 - Cobertura com aberturas zenitais



Fonte: <https://archello.com/project/municipal-orphanage>

5.2 Escola Munkegaard

Figura 40 - Imagem aérea da escola



Fonte: <https://circarq.wordpress.com/2015/02/09/munkegard-school-la-escuela-de-jacobsen-1951-1958/>

5.2.1 Dados do projeto

A Escola Munkegaard foi projetada pelo arquiteto Arne Jacobsen e fez parte de uma série de escolas dinamarquesas construídas entre os anos de 40 e 50. O edifício tornou-se referência da arquitetura escolar moderna, assim como admirado internacionalmente por educadores. Este reconhecimento promoveu que a escola se tornasse uma edificação de patrimônio histórico.

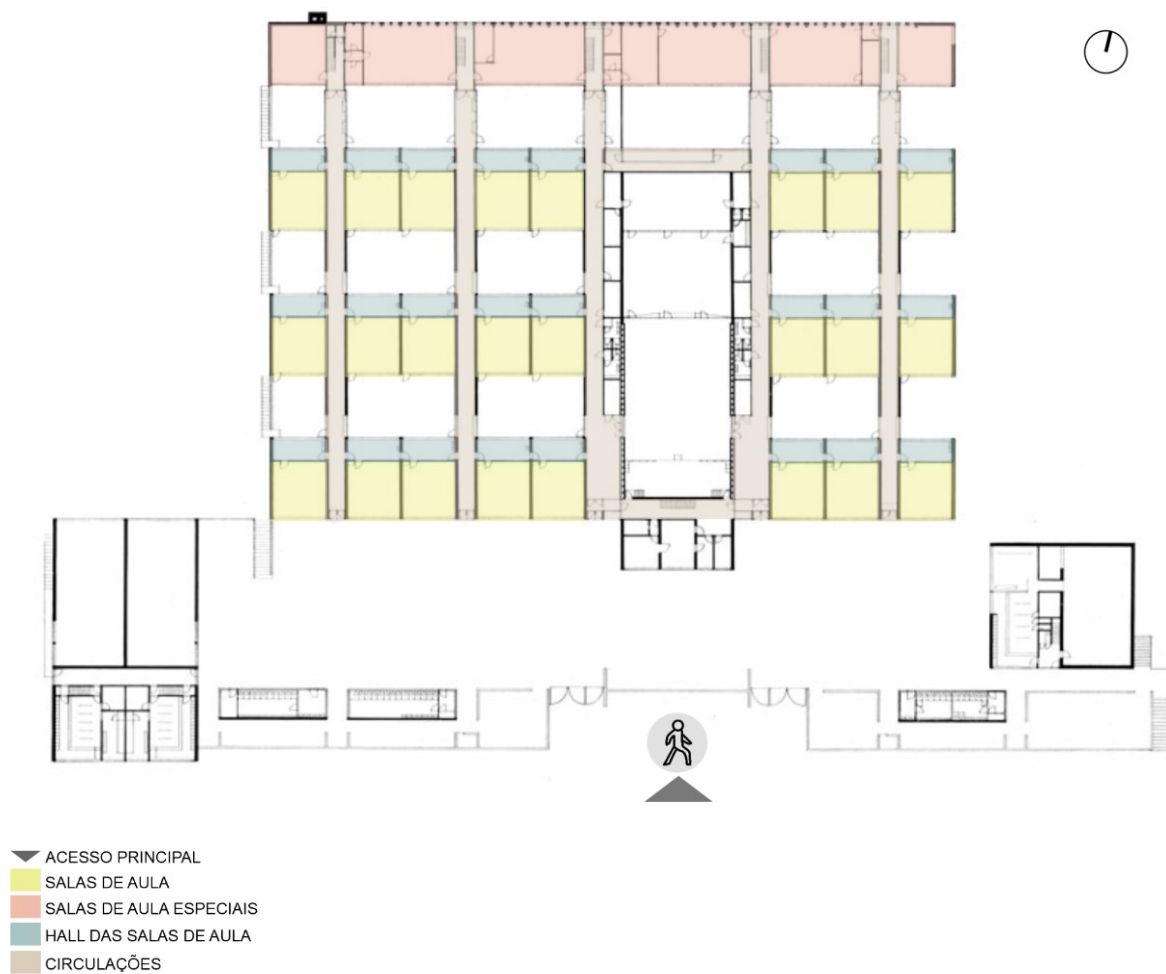
As atividades estão ativas até os dias atuais e no ano de 2009 o projeto de Jacobsen recebeu restauração dos detalhes originais e reforma de ampliação para acomodar novas atividades. Embora pareça simples, o desenho do prédio escolar foi inteiramente planejado para as pessoas, apresentando como principal objetivo proporcionar bem-estar físico aos usuários.

5.2.2 Estrutura Formal

Assim como o Orfanato de Amsterdã, a estrutura formal da escola é um dos grandes exemplos de aplicação do sistema em grelha devido a organização ordenada, hierárquica e eficaz das salas de aula e demais dependências, com os pátios e corredores laterais. A estrutura formal é definida pelas circulações que conectam as atividades do programa e a partir disso pode-se notar claramente uma grelha ortogonal homogênea nos dois sentidos.

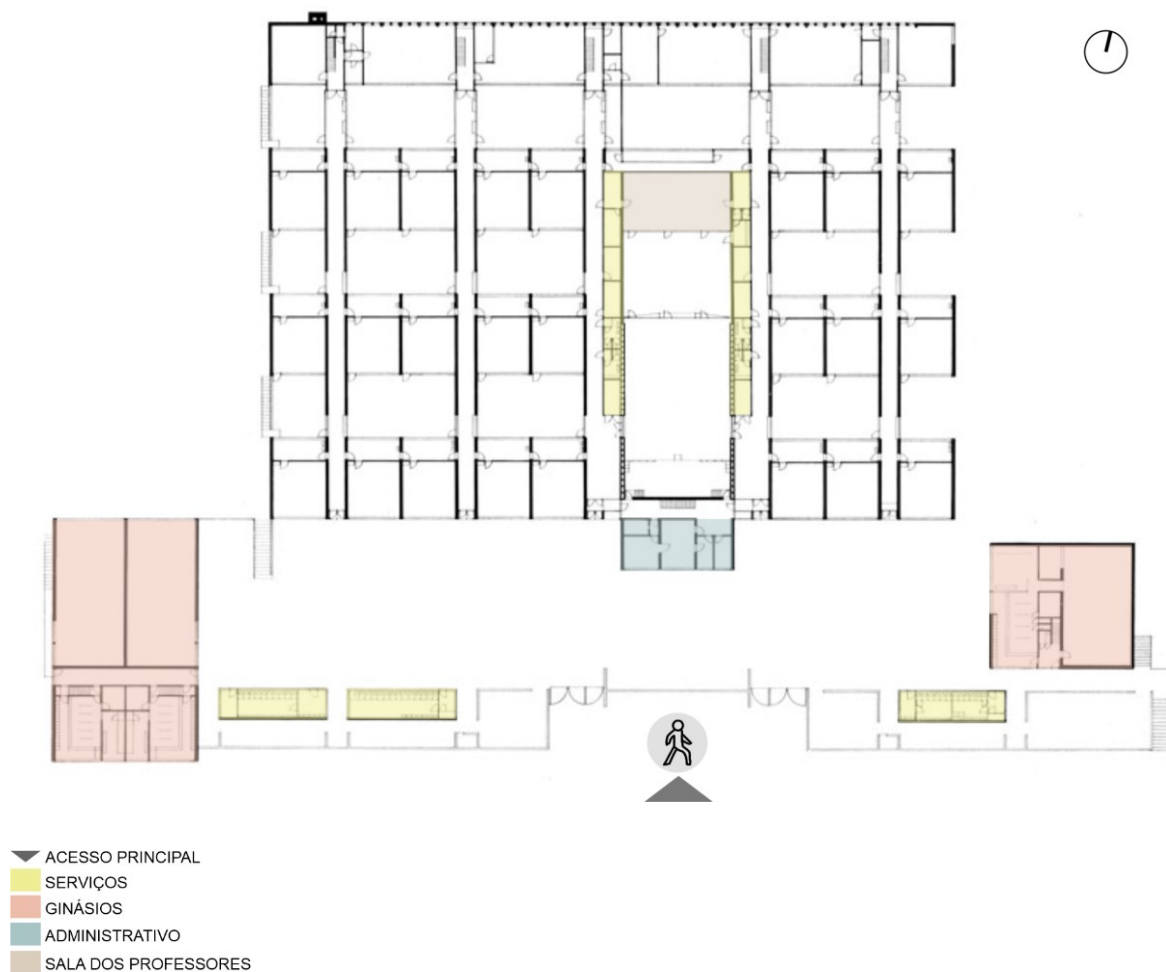
O conjunto da escola é formado pelas circulações, pelas salas de aulas intercaladas pelos pátios, contendo apenas um pavimento, pelo bloco central que abriga o auditório e a sala dos professores no qual recebe dois pavimentos e corresponde a um volume evidente a partir do acesso principal da escola, pelo bloco de dois pavimentos das salas de aulas especiais na extremidade norte do terreno e por fim pelo volume em “C” que acomoda o acesso, os ginásios e um espaço amplo de pátio, no qual é provavelmente utilizado como playground e ponto de encontro de entrada e saída dos estudantes.

Figura 41 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 1



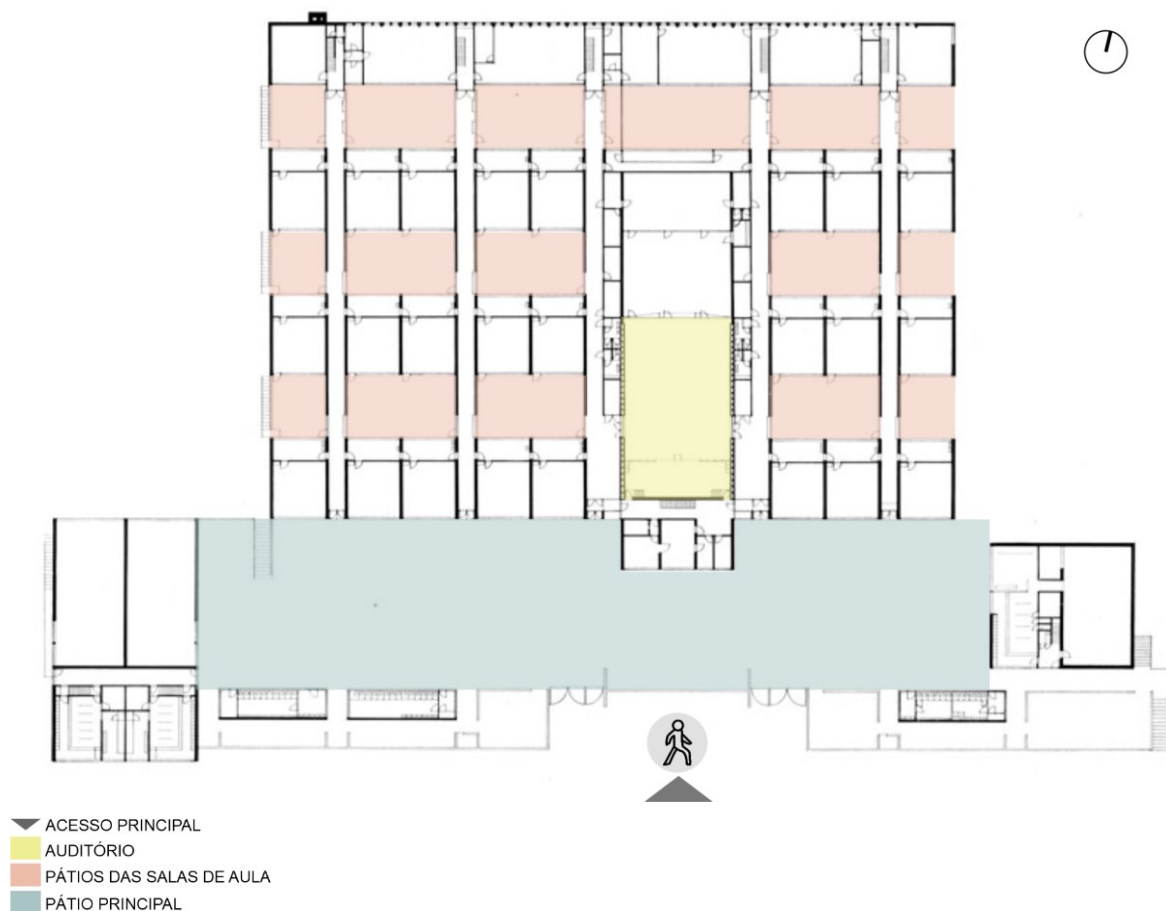
Fonte: Da autora, modificado de <https://circarq.wordpress.com/2015/02/09/munkegard-school-la-escuela-de-jacobsen-1951-1958/>

Figura 42 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 2



Fonte: Da autora, modificado de <https://circarq.wordpress.com/2015/02/09/munkegard-school-la-escuela-de-jacobsen-1951-1958/>

Figura 43 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento 3



Fonte: Da autora, modificado de <https://circarq.wordpress.com/2015/02/09/munkegard-school-la-escuela-de-jacobsen-1951-1958/>

5.2.3 Iluminação natural

As salas de aula possuem duas seções de pé de direito e uma espécie de hall que pode ser utilizado para uso complementar do ensino, assim como auxilia como conector com as circulações. Além disso, existe o pátio que pode ser considerado um ambiente externo lúdico e compartilhado com a sala de aula vizinha. A seção mais alta recebe uma certa inclinação e permite iluminação indireta através da abertura superior envidraçada, enquanto a seção mais baixa contém uma abertura, também envidraçada, que fornece iluminação natural direta e acesso ao pátio.

Figura 44 - Imagem interna da sala de aula



Fonte: <https://circarq.wordpress.com/2015/02/09/munkegard-school-la-escuela-de-jacobsen-1951-1958/>

5.3 Grupo Escolar Pasteur

Figura 45 - Uma das fachadas do Grupo Escolar Pasteur



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-102521/groupe-scolaire-pasteur-slash-r2k-architectes?ad_medium=gallery

O Grupo Escolar Pasteur, faz parte do plano urbano da prefeitura de Limeil-Brévannes, na França, e foi concebido através do concurso público para requalificar o centro da cidade, tendo como vencedor o escritório de arquitetura R2K *Architectes*, no ano de 2011. A escola está entre as maiores instituições do país, já que se trata de 5 escolas em um único local, sendo 3 unidades de creches e 2 unidades de ensino fundamental.

O objetivo principal do projeto era garantir que uma série de edifícios e funções variadas, como salas de aula, refeitório e biblioteca, fossem concebidas como uma unidade singular. A construção foi realizada após 18 meses da premiação do concurso, correspondendo ao mês de setembro de 2012.

5.3.1 Estrutura formal

A edificação é caracterizada por uma estrutura formal de pátios centrais, que podem ser identificados como a coração do projeto. Ao todo são 5 pátios, representando as 5 escolas agrupadas no conjunto. As salas de aula e restante das atividades do programa envolvem estes espaços abertos, conectados pelas circulações verticais e horizontais. O projeto da escola foi moldado ao lote e é resolvido em 3 níveis diferentes, com diversos acessos e se relacionando com o entorno.

Figura 46 - Planta baixa pavimento térreo, zoneamento



Fonte: Da autora, adaptado de https://www.archdaily.com.br/br/01-102521/groupe-scolaire-pasteur-slash-r2k-architectes?ad_medium=gallery

Figura 47 - Corte e Fachada



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-102521/groupe-scolaire-pasteur-slash-r2k-architectes?ad_medium=gallery

5.3.2 Elementos da fachada

A presença considerável de superfícies envidraçadas demonstra a preocupação de integrar o interior com o exterior e captar ao máximo a iluminação natural, que contribui para o bem-estar e aprendizado dos alunos. Essa transparência possibilita o olhar ampliado e, juntamente com os pátios, a integração dos ambientes de todo conjunto escolar.

A madeira é um material de imponentia, pois além de ser de uma espécie comum da região, era um dos critérios projetuais solicitados pelo prefeito da cidade. Foram criados perfis ondulados de tamanhos diferentes que revestem quase por completo as fachadas da escola. Conforme a luz do dia, geram superfícies distintas de sombreado, e além disso torna a aparência da edificação convidativa e aconchegante de se estar.

Além da madeira, existe o uso de revestimento de tijoletas, mais precisamente no piso e escadaria que dá acesso a um dos pavimentos do complexo. As cores também estão fortemente presentes em vários pontos da escola, como nas esquadrias, paredes e brises, pois a intenção era de tornar o local uma referência para o bairro e envolver as pessoas em suas atividades. Os brises são de chapas de aço perfuradas e foram dispostos nas fachadas leste, oeste e sul.

Figura 48 - Imagens externas da escadaria e de um dos pátios



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-102521/groupe-scolaire-pasteur-slash-r2k-architectes?ad_medium=gallery

5.3.3 Interiores

As cores estão presentes, assim como no lado externo, no interior da escola, compondo divertidamente os ambientes. A utilização de variadas tonalidades está presente nas paredes, no piso e no mobiliário, remetendo a alegria do mundo infantil. A madeira invade todos os cômodos, que vão desde o forro até o mobiliário. Ela tem a propriedade física de “adocicar” o som, abafando ruídos desagradáveis, ao mesmo tempo que favorece um ambiente aconchegante, convidativo e relaxante.

Figura 49 - Imagens internas da circulação e refeitório



Fonte: https://www.archdaily.com.br/br/01-102521/groupe-scolaire-pasteur-slash-r2k-architectes?ad_medium=gallery

5.4 Escola Secundária Neulengbach

Figura 50 - Fachada principal da escola



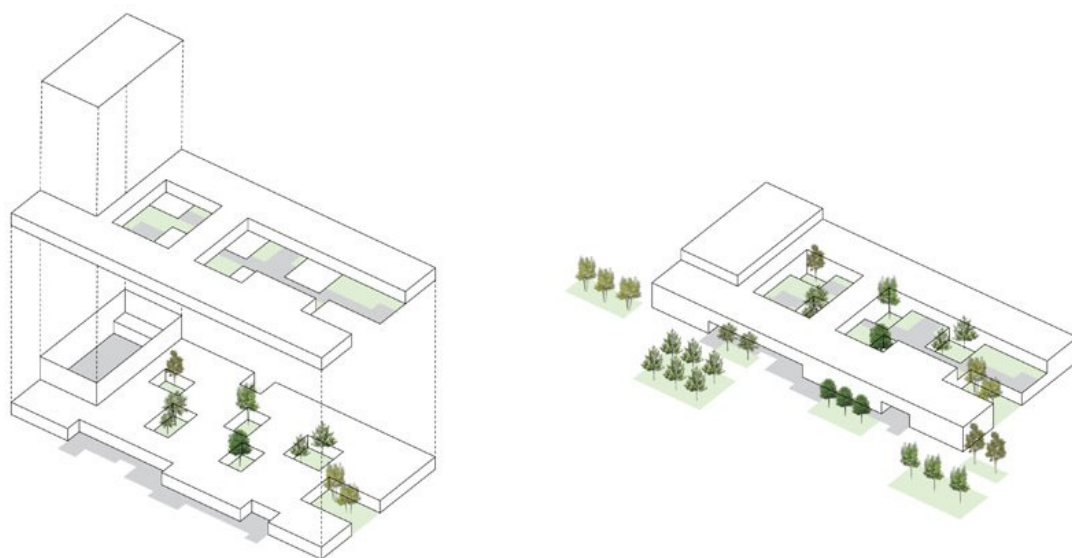
Fonte: <http://www.sea.gmbh/index.php/en/projects/neulengbach/text>

O projeto do escritório *Shibukawa Eder Architects* para a Escola Secundária Neulengbach, na Áustria, foi concebido através de um concurso público no ano de 2010. Se trata de um complexo escolar para ensino médio com área construída correspondente a 4.500 m² resolvidos em uma volumetria de 2 pavimentos com diversas salas de aula, áreas ao ar livre e vistas do entorno. Além disso, vale ressaltar que a escola é um dos primeiros edifícios escolares sustentáveis do país.

5.4.1 Estrutura Formal

A estrutura formal da edificação é definida, assim como o projeto anterior, pelos pátios centrais que vinculam os ambientes internos com os espaços externos. Ao todo são 6 pátios localizados no térreo, envolvidos por diferentes atividades do programa da escola, e outros 2 no terraço do pavimento superior. Estes espaços externos estão conectados espacial e visualmente, e podem ser utilizados como sala de aula externa ou local de recreação.

Figura 51 - Diagramas



Fonte: <http://www.sea.gmbh/index.php/en/projects/neulengbach/text>

Além das necessidades básicas de uso escolar, a edificação foi também planejada para receber diversas atividades para proveito da população de Neulengbach, sendo assim existem dois acessos ao longo do passeio ao sul. Os arquitetos projetaram a escola pensando em todos os seus ambientes de forma que

os mesmos se conectassem, priorizando a luz natural, espaços flexíveis e a utilização do vidro, proporcionando às pessoas o senso de comunidade.

Figura 52 - Planta baixa do térreo e segundo pavimento, zoneamento



Fonte: Da autora, modificado de <https://divisare.com/projects/238829-SHIBUKAWA-EDER-Architects-SENIOR-HIGH-SCHOOL-NEULENGBACH>

5.4.2 Interiores

Os ambientes internos receberam tons claros, tornando-os harmônicos e agradáveis aos olhos. O forro de madeira, além de possuir fator benéfico de isolamento acústico, se encarrega de deixar o espaço aconchegante. Nas circulações, se destaca a iluminação em fita embutida no revestimento amadeirado do forro, que promove delicadeza e enfatiza a linearidade.

Outro fator interessante são os peitoris das janelas que se tornam bancos, fortalecendo o ideal acolhedor, convidando as pessoas a permanecerem e a interagirem umas com as outras.

Figura 53 - Imagem interna da circulação



Fonte: <http://www.sea.gmbh/index.php/en/projects/neulengbach/text>

5.4.3 Sustentabilidade

A Escola Secundária Neulengbach tornou-se uma das primeiras instituições sustentáveis da Áustria ao adotar soluções construtivas que beneficiam os desempenhos de isolamento térmico e de acústica. O edifício atende ao padrão

austríaco de baixo consumo de energia, usando um sistema de ventilação com recuperação de calor, um sistema de bomba de calor geotérmica, proteção solar externa através dos brises, e isolamento superior para economia de energia.

REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott: dicionário de palavras e expressões**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANTHONY, Sheila Maria da Rocha. **A Criança com Transtorno de Ansiedade: Seus Ajustamentos Criativos Defensivos**. Revista da Abordagem Gestáltica – XV(1): 55-61, jan-jun, 2009.

BERNSTEIN GA, BORCHARDT CM, PERWIEN AR. **Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1110-9.

BLAYA, M. **Tratamento Hospitalar com Orientação Psicanalítica**. Tese de Docência Livre. Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1960.

BORTOLINI, Eliege, KIRCHNER, Rosane Maria, HILDEBRANDT, Leila Mariza, LEITE, Marinês Tambaram, DA COSTA, Marta Cocco. **Sintomas preditivos de depressão em escolares em diferentes cenários sociodemográficos**. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(1):e6680.

Branquinho ID, Lanza FM. **Saúde da Criança na Atenção Primária: Evolução das Políticas Brasileiras e a Atuação do Enfermeiro**. 2018;8:e2753. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para Implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. In Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTILLO, Ana Regina GL, RECONDO, Rogéria, ASBAHR, Fernando R, MANFRO, Gisele G. **Transtornos de ansiedade.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.

CAVALCANTE, Ana Elizabeth, ROCHA, Paulina Schmidtbauer. **Autismo: construções e desconstruções.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Corede do Vale do Taquari. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Vale+do+Taquari>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. **Limite e espaço: uma introdução à obra de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 1982.

Estatísticas de Lajeado/RS. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/lajeado/panorama>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

Gabbard GO. **Esquizofrenia.** In: Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 133-54.

Noiseux S, Ricard N. **Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory.** Int J Nurs Stud 2008;45:1148-62.

Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. **Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes.** Rev Gaúcha Enferm. 2016 set;37(3):e54858. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>.

OLIVEIRA, Renata Marques, FACINA Priscila Cristina Bim Rodrigues, JÚNIOR, Antônio Carlos Siqueira. **A realidade do viver com esquizofrenia**. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 309-16.

O Vale do Taquari. Disponível em <<https://www.cicvaledotaquari.com.br/cic-vt/o-vale-do-taquari/>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Ambientoterapia na infância e adolescência**. Editora Movimento, vol. 6. Porto Alegre, 1975.

PINTO, Rayssa Naftaly Muniz. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. Revista gaúcha de enfermagem, vol. 37 (3), 2016.

PRAGER, L. M. **Depression and suicide in children and adolescents**. Pediatrics in Review, v. 30, p. 199 -206, 2009.

Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 05 out. 2019.

Silva, R. C. B. (2006). **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicologia USP, 17(4), 263-285.

Vallada Filho, H., & Busatto Filho, G. (1996). **Esquizofrenia**. In P. Almeida, L. Dractu & R. Laranjeira (Orgs.), Manual de psiquiatria (pp. 127-150). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WINNICOTT, D. W. **O conceito de indivíduo saudável**. In: Tudo Começa em Casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982a.

ZUCCHI, Adriana; SILVA, Alex Sandro Tavares da. **A clínica do AT: casos e acasos**. 1.ed. Porto Alegre, Evangraf, 2015.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, FABIO RICARDO SILVA, cuja atividade/função exercida/cargo é DIKETON, no Município de Porto Alegre/RS, aceito, pelo presente Termo, participar de entrevista para o trabalho de conclusão de curso, da acadêmica do Curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade do Vale do Taquari - Univates, de Lajeado/RS, Tainara Kaufmann, orientada pela profª Jamile Maria da Silva Weizenmann.

Pelo presente Termo fico ciente que:

1. A atividade tem por objetivo aprofundar os conhecimentos relacionados à Ambientoterapia;
2. A coleta de informações será feita mediante entrevista não-estruturada, na modalidade entrevista focalizada; a entrevista será anotada e ou gravada pela acadêmica;
3. Posso pedir esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da atividade antes e durante o seu desenvolvimento;
4. Posso abandonar a entrevista antes e durante o seu curso, sem quaisquer prejuízos para mim;
5. É-me garantido o sigilo quanto à origem das informações, não podendo ser revelada a minha identidade;
6. Por este trabalho se espera como benefício entender a organização da clínica, disposição dos ambientes, terapias aplicadas, etc. Afim de ter condições de diagnosticar arquitetonicamente pontos positivos e possíveis melhorias.
7. As informações coletadas serão interpretadas e gerarão uma parte do trabalho de conclusão da acadêmica Tainara Kaufmann, cujo resultado será apresentado no mês de dezembro/2019, garantindo-se o sigilo da fonte das informações;
8. Caso a atividade/trabalho, após sua apresentação/defesa em aula/evento, seja enviada para a Biblioteca da Univates, este Termo não a acompanhará, devendo ser enviado para o Arquivo Central de documentos da Instituição. Ficará como Anexo da atividade uma cópia em branco deste Termo;
9. Frente a qualquer dúvida, o professor orientador e a acadêmica estarão à disposição pelo telefone (51) 99963-1461 - Tainara, ou pelo e-mail tainara.kaufmann@universo.univates.br.

Assim, este Termo será expedido em duas vias, sendo uma via da acadêmica para inserção na atividade/trabalho de aula e outra do entrevistado.

Lajeado, 07 de agosto de 2019.

Tainara Kaufmann

Acadêmica/estudante

K. C.

Entrevistado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Laura Marquês Lott, cuja atividade/função exercida/cargo é psicóloga da equipe de ambientoterapia no Município de Porto Alegre/RS, aceito, pelo presente Termo, participar de entrevista para o trabalho de conclusão de curso, da acadêmica do Curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade do Vale do Taquari - Univates, de Lajeado/RS, Tainara Kaufmann, orientada pela profª Jamile Maria da Silva Weizenmann.

Pelo presente Termo fico ciente que:

1. A atividade tem por objetivo aprofundar os conhecimentos relacionados à Ambientoterapia;
2. A coleta de informações será feita mediante entrevista não-estruturada, na modalidade entrevista focalizada; a entrevista será anotada e ou gravada pela acadêmica;
3. Posso pedir esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da atividade antes e durante o seu desenvolvimento;
4. Posso abandonar a entrevista antes e durante o seu curso, sem quaisquer prejuízos para mim;
5. É-me garantido o sigilo quanto à origem das informações, não podendo ser revelada a minha identidade;
6. Por este trabalho se espera como benefício entender a organização da clínica, disposição dos ambientes, terapias aplicadas, etc. Afim de ter condições de diagnosticar arquitetonicamente pontos positivos e possíveis melhorias.
7. As informações coletadas serão interpretadas e gerarão uma parte do trabalho de conclusão da acadêmica Tainara Kaufmann, cujo resultado será apresentado no mês de dezembro/2019, garantindo-se o sigilo da fonte das informações;
8. Caso a atividade/trabalho, após sua apresentação/defesa em aula/evento, seja enviada para a Biblioteca da Univates, este Termo não a acompanhará, devendo ser enviado para o Arquivo Central de documentos da Instituição. Ficará como Anexo da atividade uma cópia em branco deste Termo;
9. Frente a qualquer dúvida, o professor orientador e a acadêmica estarão à disposição pelo telefone (51) 99963-1461 - Tainara, ou pelo e-mail tainara.kaufmann@universo.univates.br.

Assim, este Termo será expedido em duas vias, sendo uma via da acadêmica para inserção na atividade/trabalho de aula e outra do entrevistado.

Lajeado, 07 de agosto de 2019.

.....Tainara Kaufmann.....
Acadêmica/estudante

.....Laura Marquês Lott.....
Entrevistado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maiana de Quadros, cuja atividade/função exercida/cargo é Enfermeira Lajeado/RS, no Município de Lajeado/RS, aceito, pelo presente Termo, participar de entrevista para o trabalho de conclusão de curso, da acadêmica do Curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade do Vale do Taquari - Univates, de Lajeado/RS, Tainara Kaufmann, orientada pela profa Jamile Maria da Silva Weizenmann. **Pelo presente Termo fico ciente que:**

1. A atividade tem por objetivo aprofundar os conhecimentos relacionados à Ambientoterapia;
2. A coleta de informações será feita mediante entrevista não-estruturada, na modalidade entrevista focalizada; a entrevista será anotada e ou gravada pela acadêmica;
3. Posso pedir esclarecimentos sobre quaisquer aspectos da atividade antes e durante o seu desenvolvimento;
4. Posso abandonar a entrevista antes e durante o seu curso, sem quaisquer prejuízos para mim;
5. Não há necessidade de sigilo quanto à origem das informações, podendo ser revelada a minha identidade;
6. Por este trabalho se espera como benefício entender a organização da clínica, disposição dos ambientes, terapias aplicadas, etc. Afim de ter condições de diagnosticar arquitetonicamente pontos positivos e possíveis melhorias.
7. As informações coletadas serão interpretadas e gerarão uma parte do trabalho de conclusão da acadêmica Tainara Kaufmann, cujo resultado será apresentado no mês de dezembro/2019.
8. Caso a atividade/trabalho, após sua apresentação/defesa em aula/evento, seja enviada para a Biblioteca da Univates, este Termo a acompanhará. Ficará como Anexo da atividade uma cópia deste Termo;
9. Frente a qualquer dúvida, o professor orientador e a acadêmica estarão à disposição pelo telefone (51) 99963-1461 - Tainara, ou pelo e-mail tainara.kaufmann@universo.univates.br. Assim, este Termo será expedido em duas vias, sendo uma via da acadêmica para inserção na atividade/trabalho de aula e outra do entrevistado.

Lajeado, 21 de novembro de 2019.

Tainara Kaufmann

Acadêmica/estudante

Maiana de Quadros

Entrevistado